

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1901, à 1 heure

Par GUSTAVE RANSON

Né à Matigny (Somme) le 19 avril 1873
Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE SUR

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES KYSTES

ET DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : } MM. BUDIN, professeur.
QUÉNU et MARFAN, agrégés.*

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FAKULTÄT DE MÉDECINE DE PARIS

189

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale	}	DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		CORNIL.	
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		LANDOUZY	
Médecine légale		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale	}	POTAIN.	
		JACCOUD.	
		HAYEM.	
Maladie des enfants		DIÉULAFOY	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GRANCHER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JOFFROY.	
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.	
		RAYMOND.	
Clinique chirurgicale	}	BERGER.	
		DUPLAY.	
Clinique ophthalmologique		LE DENTU	
Clinique des maladies des voies urinaires		TILLAUX.	
Clinique d'accouchements		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. LE DOCTEUR QUÉNU

Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE DOCTEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.
Professeur à la Faculté de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

Etude **SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE**

Appliquée au traitement

DES KYSTES ET DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Que l'on nous permette, au début de cette étude, d'adresser l'expression de notre gratitude à tous ceux envers qui notre travail est redevable de son existence, et en grande partie de l'intérêt qu'il peut offrir. Tout d'abord, c'est à la fois un bonheur et un devoir pour nous de remercier notre excellent maître M. Quénu qui nous en a inspiré le sujet et qui nous a fourni une si ample moisson de documents et de faits. M. Pauchet (d'Amiens) a bien voulu mettre à notre disposition un nombre considérable d'observations et nous donner, en outre, des renseignements qui nous ont été très utiles : nous lui sommes très reconnaissant de l'empressement qu'il a apporté à nous rendre ce service. M. Legueu nous a fourni les observations dont nous lui sommes redevable, avec une bonne grâce dont nous avons été touché. Enfin, les encouragements et les conseils ne nous ont pas été ménagés par

M. Longuet, dont nous sommes resté l'ami en même temps que l'élève, et par notre camarade d'études et ami P. Rebreyend : nous sommes heureux de pouvoir les comprendre tous deux dans une même dette de reconnaissance.

Au cours de nos études médicales, nous avons été guidé et soutenu par de nombreux maîtres dont l'enseignement clinique nous fut dispensé avec un dévouement auquel nous rendons l'hommage le plus respectueux. Quelques-uns d'entre eux ont droit plus spécialement à nos remerciements.

L'année de stage que nous avons accomplie dans le service de M. Ch. Monod a été pour nous des plus fécondes en acquisitions. Nous emportons aussi de nos années d'externat le meilleur souvenir. Grâce à M. Mauriac qui fut notre premier maître, nous avons pu trouver à l'étude des maladies vénériennes un intérêt toujours nouveau. Nous saluons d'un respectueux souvenir la mémoire de notre vénéré maître Constantin Paul ; la maladie qui devait l'emporter ne nous a pas permis de profiter, comme nous le désirions, de sa haute compétence et de son expérience consommée. Cependant personne ne pouvait mieux nous consoler d'une telle déception que ceux dont les leçons suppléèrent la parole du maître : nous voulons parler de MM. Darier, Louis Guinon et Lesage, qui successivement nous firent bénéficier de leurs précieuses connaissances.

Nous n'oublierons jamais l'année passée dans le service de M. Quénu. Grâce à la très grande variété des leçons orales et pratiques que nous y avons reçues, nous nous y sommes initié à de nombreuses parties de la chirurgie.

De plus, nous trouvons dans l'enseignement clair et précis de notre maître, dans la méthode et la sûreté de ses moyens d'investigation et de sa technique, un exemple à méditer et à suivre pour l'avenir. Dans le même temps nous avons la bonne fortune de rencontrer en M. Longuet un maître plus immédiat et qui nous a guidé pour ainsi dire pas à pas dans la pratique de la chirurgie.

M. Brun a droit également à nos plus vifs sentiments de reconnaissance pour nous avoir initié à l'étude de la chirurgie infantile. L'année que nous avons passée sous sa direction à l'hôpital des Enfants-Malades nous a permis, de la façon la plus satisfaisante, de compléter à ce point de vue notre éducation chirurgicale.

Enfin, nous sommes heureux de remercier M. Pozzi de l'accueil des plus bienveillants qu'il nous a toujours réservé dans son service de l'hôpital Broca. Merci aussi à nos maîtres en obstétrique et en dermatologie, M. Champetier de Ribes et M. Brocq, pour tout ce que nous devons à leurs leçons si éclairées.

M. le professeur Berger a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui adressons, avec l'expression de notre respect, nos plus vifs remerciements.

INTRODUCTION

Le domaine de l'hystérectomie abdominale s'est élargi considérablement dans ces dernières années. Les perfectionnements successifs apportés à la technique de cette opération et notamment les progrès de l'asepsie ont diminué fortement et rendu pour ainsi dire négligeables les risques opératoires qu'elle comportait tout d'abord. Aussi, tandis que le chiffre des hystérectomies abdominales augmentait, celui des hystérectomies vaginales diminuait, et peu à peu la voie haute se substituait à la voie basse.

Les indications de l'hystérectomie vaginale dont la technique est, il faut bien l'avouer, moins sûre et plus aveugle, se restreignaient en raison de la substitution à celle-ci d'une opération plus méthodique, plus conforme aux notions anatomiques et rendue inoffensive par l'éloignement des causes d'infection.

C'est ainsi que dans le traitement des suppurations pelviennes, l'abdominale gagna peu à peu du terrain sur la vaginale. Il n'entre pas dans notre plan de rappeler ici les luttes qui s'engagèrent entre les partisans de la voie haute et ceux de la voie basse : elles sont d'ailleurs encore présentes à l'esprit de tous. Nous désirons simplement attirer l'attention sur l'évolution qui se produisit

dans un ordre d'idées tout voisin et qui n'était en somme que le corollaire de la précédente.

Lorsqu'on eut établi et reconnu la parfaite innocuité de l'hystérectomie abdominale dans les lésions inflammatoires des annexes, on n'hésita plus à la pratiquer. Or, les statistiques vinrent démontrer que ce complément opératoire loin d'être pour les malades d'une gravité plus grande, leur procurait les résultats les plus heureux : on écartait en effet en même temps que l'utérus la source primitive de l'infection ; on pouvait en outre diminuer par la suppression des pédicules et des ligatures multiples les causes d'adhérences, et avec ces adhérences disparaissaient tous les accidents qu'elles entraînaient.

Cette règle de conduite qui devenait ainsi légitime dans bien des cas devait suggérer à quelques chirurgiens l'idée de l'adopter dans certains cas particuliers de lésions des annexes non plus inflammatoires, mais néoplasiques. En effet, depuis la première intervention de ce genre pratiquée en 1884 par notre maître Quénu de propos délibéré, des faits analogues se sont reproduits. Le nombre est assez restreint de ceux qui sont venus à notre connaissance, mais nous avons pensé qu'il était suffisant pour justifier l'objet que nous en avons fait de notre thèse inaugurale.

Suivant les conseils éclairés de notre maître, nous avons limité notre travail aux kystes et aux tumeurs solides de l'ovaire. Nous ne nous occuperons donc pas des formations kystiques inflammatoires, ni des kystes fœtaux ou grossesses extra-utérines, ni des kystes hydatiques pelviens, pas plus que des néo-formations qui ont

pour siège les ligaments larges. Nous croyons que simplifiée de la sorte, cette étude, dont la seule prétention est d'élucider quelques points particuliers, y gagnera en clarté et en précision. Nous nous proposons donc d'examiner à l'aide des observations que nous avons groupées quelle place il convient de réserver à l'hystérectomie abdominale dans le traitement des tumeurs solides et des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE I

Historique.

En ce qui concerne l'historique de la question, nous n'avons pas cru devoir faire porter nos recherches au-delà d'une période de vingt ans.

Vers 1880, en effet, l'hystérectomie abdominale n'avait que des indications très restreintes, et si Freund en 1878 l'avait appliquée au traitement du cancer utérin, elle avait été rapidement supplantée par la vaginale, même dans le traitement du cancer.

Jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, on ne peut trouver de documents se rapportant au sujet qui nous occupe : les faits connexes, une fois dépouillés de toutes considérations étrangères, se réduisent à peu de chose. Il faut arriver en 1882 avec le rapport de Duplay (1) sur une observation de Queirel (de Marseille) pour nous trouver un peu plus rapprochés de la question. Il s'agit en effet ici non pas de l'ablation de l'utérus destinée à faciliter les manœuvres opératoires ou à rendre une opération plus radicale, mais de la conduite à tenir dans les cas où, au cours d'une ovariectomie, on se trouve

1. *Bulletins de la Société de chirurgie*, mars 1882.

en présence d'un fibrome utérin. Le cas de Queirel fut un des premiers publiés en France. L'auteur pratiqua l'hystérectomie avec ovariectomie double sur une femme de 43 ans chez laquelle existait un kyste dermoïde accompagné d'un fibrome utérin interstitiel. La mort survint en quelques heures. Cette observation fut lue à la Société de Chirurgie ; le rapporteur fit ressortir la gravité de l'association des deux actes opératoires et conclut qu'en pareil cas il fallait s'en tenir à l'ovariectomie simple. Terrier et Trélat furent du même avis : les trois interventions de Terrier pour la même cause avaient été suivies d'insuccès (3 cas, 3 morts). La question à cette époque semblait donc jugée sans appel et le précepte de laisser en place un utérus même fibromateux semblait devoir avoir force de loi.

L'attention fut appelée de nouveau sur ce sujet par un travail d'Eugène Monod (1) publié en 1892. L'auteur y rapportait une observation personnelle dans laquelle, étant intervenu pour un kyste uniloculaire de l'ovaire, il constata l'existence d'un fibrome utérin sous-péritonéal : l'utérus ne fut pas enlevé et l'on se contenta de réséquer le fibrome au thermocautère. A l'appui de cette conduite, E. Monod cite 30 cas où la coexistence des deux lésions ovarienne et utérine fut reconnue au cours de la laparotomie. Parmi ces 30 cas, on en trouve 13 où l'on fut amené à pratiquer l'hystérectomie à cause de l'importance de la tumeur utérine ou de ses adhérences à la tumeur de l'ovaire : pour ces 13 cas, les résultats opératoires se chiffrent par 9 morts et 4 guérisons.

1. E. Monod. *Archives cliniques de Bordeaux*, nov. 1892, p. 183.

On trouvera dans le tableau annexé au mémoire d'E. Monod le détail de ces interventions dont les auteurs sont, pour la France : Terrier, Lucas Championnière, Queirel, Millot-Carpentier, Terrillon, et pour l'étranger, Spencer Wells, Treub, Kimbal, Billroth, Tauffer. Parmi ces observations, nous avons retenu celle de Terrillon (1), publiée en 1888; en effet, l'auteur fut conduit à l'hystérectomie, non pour enlever le fibrome, mais pour pouvoir compléter l'ablation du kyste adhérent. E. Monod, après un résumé historique où les conclusions de Duplay, Trélat, Spencer Wells, Kœberlé et Emmet viennent confirmer ses tendances abstentionnistes, rappelle cependant que Hegar (2), admet la castration totale dans des cas exceptionnels comme ceux où le fibrome est très volumineux ou fusionné avec la masse ovarienne. Il termine en condamnant l'association des deux opérations, sauf dans le cas cité ci-dessus, et recommande en fin de compte l'opération de Battey.

Ainsi, à cette époque, la plupart des auteurs s'en tenaient à l'ovariotomie, dût-elle même être incomplète. Voici les conclusions de Krassowsky (3), tirées de 10 hystérotomies faites au cours d'opérations sur les annexes.

« Lorsqu'après une ovariectomie double, on constate que
« la matrice est semée de fibroïdes, n'est-il pas préférable
« de ne pas extirper la matrice particulièrement quand
« les fibroïdes sont petits ?

1. Terrillon. *Progrès médical*. Paris, 1888. 2^e série, p. 528.

2. Hegar et Kaltenbach. *Traité de Gynécologie opératoire*, p. 211.

3. Krassowsky. *J. für Geb. und Frauenkrankheiten et Cent. f. Gynæk*, 1888, n° 12.

« Lorsqu'un ovaire est malade, mais que la matrice est
« atteinte de tumeur fibreuse, n'est-il pas plus avantageux
« d'extirper à la place de l'utérus l'ovaire sain ?

« N'est-il pas préférable dans les cas d'adhérences très
« vasculaires d'un kyste ovarique avec l'utérus de se con-
« tenter de faire une ovariectomie incomplète, plutôt que
« d'extirper l'utérus ? »

C'est dire que beaucoup d'opérateurs étaient bien éloignés de sacrifier l'utérus même notoirement malade puisqu'ils préféraient extirper un ovaire sain.

L'hystérectomie abdominale était donc tombée pendant quelques années dans le même discrédit pour les cas dont nous nous occupons que pour la généralité des faits. Durant les années suivantes, nous manquons presque complètement de documents, et c'est en Amérique qu'il faut chercher la filiation d'une renaissance de la castration totale. Certains chirurgiens (citons entre autres Krug (1), Hanks (2), Gill Wylie (3) ayant reconnu les grands avantages de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires annexielles, s'en déclarèrent partisans résolus et discutèrent bientôt de son utilité dans les cas d'ablation bilatérale des annexes pour quelque cause que ce fût : quelques-uns se rallièrent nettement à cette pratique (4).

Dans ces dernières années quelques publications reflè-

1. Krug. *Am. J. Med. Sc. Phila.*, 1891, p. 676-680.

2. Tracy Hanks. *Am. J. of Obstetrics*, avril 1894.

3. Gill Wylie. *Am. J. of Obstetrics*, mars 1894.

4. Krug. *Am. J. of Obst.*, avril 1894. Polk. *New-York. J. of gyn. and obst.*, mai 1894. Coë. *Am. J. of Obst.*, mars 1895.

tent déjà ces tendances plus hardies, mais aucun auteur ne s'est spécialement occupé de l'ablation de l'utérus accompagnant ou complétant l'extirpation d'une tumeur annexielle. Le fait est considéré par quelques-uns comme possible, par d'autres comme recommandable en certains cas, mais les observations étaient en trop petit nombre pour qu'on pût établir, d'après leur examen, une règle de conduite quelconque.

Dans la thèse de Bourgoin (1) relative aux tumeurs de l'ovaire, il n'est pas question de l'hystérectomie : on y trouve cependant, rapportée sans commentaire, une observation de Millot Carpentier où cette opération fut suivie de succès. La thèse de W. Cazenave (2) sur les tumeurs papillaires de l'ovaire est aussi muette à cet égard. L'extirpation est envisagée dans la thèse de Vignes (3) sur le carcinome de même que dans l'article de Dartigues (4) paru en décembre 1899, mais d'une façon tout-à-fait accessoire. Les ouvrages classiques ne sont guère plus fructueux à consulter, sauf le traité de Kelly (5) où l'auteur résume quelques-unes des indica-

1. Paul Bourgoin. Thèse de Paris, 1891.

2. W. Cazenave. *Tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale (considérations anatomo-pathologiques et opératoires)*. Thèse de Paris, 1895.

3. Vignes. *Contribution à l'étude du carcinome de l'ovaire*. Thèse de Bordeaux, 1895.

4. Dartigues. *Diagnostic et traitement des tumeurs solides de l'ovaire*. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, Nov-Déc. 1899 p. 1013 et suiv.

5. Kelly. *Traité de Gynec. opér.* New-York 1898. Chap. XXVIII p. 236.

tions de l'ablation de l'utérus avec les annexes malades.

A une époque tout à fait rapprochée de nous, la question fut de nouveau portée devant la Société de Chirurgie. A l'occasion d'une observation de Girou (d'Aurillac), dans laquelle est notée l'extraction d'un fibrôme sous-péritonéal suivie de l'ablation d'un kyste de l'ovaire, Ch. Monod (1), rapporteur, examina la conduite à tenir dans les cas analogues. Il distingua deux catégories de faits :

1° Ceux où le fibrôme est compliqué de kyste et dont il rapporte deux observations d'hystérectomie abdominale suivie de succès.

2° Ceux où le kyste est compliqué de fibrôme.

La première catégorie ne nous intéresse que par l'heureuse issue des opérations, puisque l'intervention sur l'utérus ne pouvait être modifiée par la découverte du kyste.

En ce qui concerne la seconde catégorie, si le fibrôme est interstitiel, Ch. Monod se déclare partisan de la castration totale en présence des trois facteurs suivants : volume considérable, douleurs occasionnées par la tumeur et hémorrhagies.

Nous n'aurions point rappelé toutes les phases de cette évolution d'idées, puisqu'il n'entre pas dans le plan de ce travail de nous occuper de faits semblables, si nous n'avions pas voulu montrer tout le chemin parcouru depuis dix ans. En effet, toutes les considérations qui précèdent, n'ont trait qu'à la genèse de la méthode que nous voulons étudier. Les idées premières contenues en germe dans

1. Ch. Monod. *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 23 mai 1900.

toutes ces discussions et dans les faits isolés dont nous parlerons plus loin, n'ont été vraiment condensées, réunies en faisceau et mises en lumière que dans un article publié par Quénu et Longuet (1) en juillet 1900. Ce travail auquel nous avons fait les emprunts les plus larges et dont nous rapportons en entier les observations établit et formule nettement pour la première fois les indications de l'hystérectomie dans les tumeurs et kystes de l'ovaire et en démontre la légitimité et les avantages.

Désirant nous en tenir aux cas où la castration utéro-annexielle a été faite de propos délibéré, nous éliminons de l'exposé historique des faits plusieurs cas où la conduite de l'opérateur a été inspirée par des mobiles étrangers au traitement de la tumeur ovarienne, tous ceux en un mot dans lesquels l'hystérectomie n'est pas restée subordonnée à l'ovariectomie.

La première opération a été pratiquée en 1884 par Quénu et a fait l'année suivante l'objet d'une communication et d'une discussion à la Société de Chirurgie (2). Terrier en fut le rapporteur et la discussion qui suivit fut uniquement consacrée à la pathogénie de l'ascite qui accompagnait la tumeur.

Nous relevons dans les années suivantes quelques cas

1. Quénu et Longuet. *De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. Revue de chirurgie*, juillet 1900.

2. Quénu. Communication le 4 Mars 1885 à la société de chirurgie. Rapport de Terrier le 4 Novembre 1885. Discussion Terrillon. L. Championnière, Verneuil, Pozzi, Reclus, Monod, Terrier et Duplay. *Revue de chirurgie* 1885.

assez clairsemés. De Roubaix (1) en 1886, Terrillon (2) en 1888, Cragin (3), Berlin (de Nice (4) en 1893, obéissant à des motifs d'ordre différent se décidèrent à adopter le même procédé. Ce n'est qu'à partir de 1894 que nous voyons pratiquer plus couramment l'hystérectomie en pareille circonstance. Edebohls (5) en 1894 déclare avoir souvent complété l'ovariotomie par l'hystérectomie, mais sans donner le détail des cas où il a agi ainsi. A la même année appartient un cas de Kelly (6). Ce dernier en rapporte encore un exemple qui date de 1895.

L'année 1897 nous apporte avec les deux observations de Delagènière et sa communication si intéressante au Congrès de chirurgie (7), trois nouvelles interventions de Terrier (8), un cas de Michaux (9) et un cas de Pauchet.

Les années suivantes nous donnent les chiffres les plus élevés. Nous y trouvons en 1899 : deux cas de Quénu,

1. De Roubaix. *Presse médicale belge*, Bruxelles, 1887, p. 129.

2. Terrillon. *Loco citato*.

3. Cragin. *Am. J. of obstetrics* 1892, p. 527.

4. Berlin. *Procès-verbaux de l'Assoc. fr. de Chirurgie*, Paris 1893, p. 823-827.

5. Edebohls. *Am. J. of Obstetrics*, avril 1894.

6. Kelly. *Traité de Gynécologie opératoire*, p. 334.

7. Delagènière. *Castration abdominale totale pour l'extirpation facile et complète des kystes papillaires*. Congrès de chirurgie, 1897.

8. Terrier, *Congrès français de Chirurgie*, 1899, et *Revue de chirurgie*, 1899, vol. II, p. 624.

9. Michaux, *Bulletins de la société anatomique*, mai 1898.

quatre cas de Pauchet. En 1898 : un cas de Terrier (1), un cas d'Hartmann (2) quatre cas de Jonnesco (3), trois cas de Quènu, un cas de Pauchet. Enfin en 1900, cinq cas de Quènu, deux cas de Legueu, un cas de Pauchet.

Si l'on veut bien considérer que nous n'avons pas cherché à grouper tous les faits inédits de ces dernières années, si d'autre part on considère le nombre très restreint de cas que nous avons pu trouver dans la littérature chirurgicale, cette répartition par années des cas dont nous avons eu personnellement connaissance, reste forcément incomplète.

Nous nous estimerons trop heureux si notre travail a le mérite d'orienter d'autres recherches sur ce point spécial de gynécologie opératoire et de décider quelques chirurgiens à l'éclaircir plus complètement à l'aide de leurs observations et de leurs statistiques.

1. Terrier, *loco citato*.

2. Hartmann, *Congrès français de chirurgie*, 1899.

3. Jonnesco, *ibidem*.

CHAPITRE II

Légitimité de la Castration utéro-annexielle.

La castration utérine complémentaire est employée couramment à l'heure actuelle au cours de l'ablation des salpingo-ovarites. Cette manœuvre a été pleinement justifiée par les résultats opératoires visés en pareil cas : lorsque l'on a fait l'extirpation bilatérale des annexes infectées, en enlevant l'utérus, on supprime un organe inutile et même dangereux. L'utérus en effet constitue le point de départ de l'infection annexielle ; sa muqueuse infectée restait la source d'écoulements sanguins et leucorrhéiques, qui compromettaient la santé ultérieure des malades ; les moignons tubaires, qui flanquaient les deux côtés de l'organe, contractaient avec l'épiploon ou l'intestin des adhérences, qui amenaient chez les malades des douleurs plus ou moins vives et, dans certains cas même, des phénomènes d'obstruction intestinale. L'ablation de la matrice, en parant à de tels inconvénients immédiats et à de tels dangers ultérieurs, constituait donc un progrès des plus sérieux en gynécologie, et les résultats opératoires, excellents de tous points, sont venus établir que l'on était en droit de faire le sacrifice de l'utérus.

En présence de ces faits connus de tous, établissant la légitimité de la castration utéro-annexielle dans les affections les plus diverses, nous devons nous demander s'il en sera de même et si nous obtiendrons les mêmes succès dans les cas de tumeur ovarienne.

Il n'est nullement question de vouloir faire de cette méthode une règle applicable à tous les cas. Ce serait une tentative injustifiable que de vouloir la substituer à la classique ovariectomie. Ouvrir le ventre, ponctionner le kyste, attirer la poche vidée au dehors et couper le pédicule après l'avoir étranglé par une solide ligature, en opérant pour ainsi dire hors de l'abdomen, tout cela constitue une opération bénigne et simple qui restera le traitement de choix des kystes simples ou doubles lorsqu'ils sont mobiles, sans grandes adhérences et faciles à pédiculiser. C'est seulement en présence de certains cas particuliers que nous étudierons plus loin en détail que nous devons nous demander si nous sommes en droit de supprimer l'utérus.

Tout d'abord une question se pose : l'hystérectomie augmente-t-elle la gravité opératoire dans les interventions que nous avons en vue ?

Nous avons rappelé au début de ce chapitre que dans les lésions inflammatoires des annexes, les résultats opératoires étaient devenus excellents. Or, dans les cas qui font l'objet de cette étude et se rapportent pour la plupart à des affections aseptiques, nous aurons beaucoup moins à redouter ce facteur très important de gravité qu'est une lésion septique. Cette considération des plus rassu-

rantes permet déjà d'espérer, *a priori*, une mortalité très restreinte.

Ce temps supplémentaire est-il par lui-même plus dangereux ?

Le danger ne saurait résider dans l'acte opératoire : la technique de l'hystérectomie abdominale est devenue assez simple et bien réglée, son instrumentation assez peu compliquée pour en faire une opération à la portée de tout chirurgien expérimenté.

On pourrait, il est vrai, redouter un shock plus considérable, mais à l'heure actuelle aucun fait ne vient confirmer une telle crainte. Slocum (1) avance même que le shock paraît moindre quand on enlève l'utérus avec les annexes que lorsqu'on enlève simplement ces dernières. Il se demande si cette absence de shock ne trouve pas son explication dans le fait que les extrémités inférieures du plexus hypogastrique sont enlevées en même temps.

Quoi qu'il en soit, un élément certain de shock est la durée de l'acte opératoire. Nous objectera-t-on que cette durée se trouve augmentée de beaucoup ?

Tout d'abord, dans les cas où l'utérus est enlevé préliminairement (l'on en trouvera plusieurs dans nos observations) le manuel opératoire se trouve facilité et la durée de l'intervention est forcément abrégée.

Si au contraire l'ablation de l'utérus vient après celle des kystes, elle exige à peine selon Quénu et Longuet (2)

1. Slocum, *Méd. News Phila.* 1893, p. 400-403.

2. Quénu et Longuet, *loco citato*, p. 11.

un quart d'heure de plus. Ce laps de temps supplémentaire nous paraît même exagéré pour un grand nombre de cas, car, s'il a l'intention d'enlever l'utérus le chirurgien ne s'est pas attardé à la confection de pédicules solides et irréprochables, au souci d'une hémostase rigoureuse et parfois difficile. Dans tous les cas, si l'opérateur commence avec l'intention bien arrêtée d'enlever l'utérus et les annexes, la longueur de l'opération n'est pas sensiblement accrue.

Toutes ces raisons sont purement théoriques, il est vrai, mais les faits rassemblés par nous ne les démentent nullement. Nous leur laissons la parole.

Les 11 cas que notre maître Quénu a bien voulu nous communiquer ont donné 11 succès. Pauchet dans 7 cas n'enregistre aucun insuccès. Jonnesco compte 5 succès pour 5 cas. Sur 4 cas de Terrier nous comptons 3 guérisons et une mort qui n'est nullement imputable à l'acte opératoire. L'opérée mourut d'anurie et l'on trouva à l'autopsie une atrophie très marquée de la substance corticale des reins. Delagénère sur 2 cas a eu 2 succès, Legneux vient également avec 2 succès pour 2 cas. Hartmann sur 2 cas a eu 1 succès et 1 insuccès pour tumeur maligne à point de départ ovarien. Le cas de Michaux est suivi de guérison de même que ceux de Cragin, de Roubaix et Berlin.

Cette rapide énumération nous montre en somme que sur 36 cas cités précédemment nous avons noté seulement deux échecs. Ce chiffre de deux doit être ramené à 1 puisque l'insuccès de Terrier ne saurait être mis à la charge de l'hystérectomie. Cet unique insuccès est-il suffisant

pour décourager les tentatives d'ablation de l'utérus combinée à l'ovariotomie? Nous ne le pensons pas, d'autant plus que si l'on veut consulter nos observations, on pourra constater que nombre des opérations ont été longues et laborieuses. Une mortalité si peu en rapport avec les difficultés opératoires ne saurait être d'un poids bien lourd dans le choix d'une décision.

Un seul point nous reste à envisager. Est-il indifférent de priver la femme d'un organe tel que l'utérus?

L'appareil génital en général, ainsi que le dit Slocum (1), n'est pas une partie vitale de l'individu et l'utérus, dans sa fonction physiologique, est subordonné à l'ovaire ; il n'a sa raison d'être que par rapport à la fécondation et à la nutrition de l'œuf. Si l'utérus est dépourvu de ses annexes ou si la femme a dépassé l'âge de la ménopause il devient inutile et sans signification physiologique.

Donc sans être aussi radical que l'étaient dès 1894 les américains Polk (2) et Krug (3), disant que dans les cas où les annexes étaient enlevées, l'utérus devait l'être également, nous dirons que l'on peut enlever sans crainte l'utérus lorsque l'opérée, comme dans la plupart de nos observations, a atteint ou dépassé la ménopause et que si l'on doit toujours tenter la conservation lorsqu'on peut laisser un des ovaires, celle-ci n'est plus de mise quand les deux ovaires doivent être supprimés.

Enfin, nous ne parlerons que pour mémoire de l'in-

1. Slocum, *loco citato*.

2. Polk, *N. Y. j. of. Gynec. and obst.* mai 1894.

3. Krug, *Am. j. of. Med. Sc. Phila.* 1894.

fluence que pourrait exercer l'utérus sur l'innervation et la nutrition du reste de l'organisme. A part certains cas bien définis où il s'agit de glandes à sécrétion interne, nous ne pensons pas que les chirurgiens se soient jamais laissés arrêter par des scrupules de ce genre. Il n'y a aucune comparaison à faire entre la conservation des ovaires et celle de l'utérus. Ce dernier, organe purement musculaire, est par conséquent inapte à jouer un rôle appréciable dans la nutrition générale. Les avantages manifestes et immédiats qui résultent de son extirpation ne sauraient être comparés au bénéfice hypothétique et aléatoire qu'on retirerait de sa conservation.

Ces arguments ne suffisent-ils pas à établir la légitimité parfaite de la castration annexielle? Examinons maintenant quelle peut être son utilité, quels peuvent être ses avantages et dans certains cas même son impérieuse nécessité.

CHAPITRE III

Indications de l'hystérectomie.

Le chirurgien qui pratique une laparotomie pour extirper une tumeur annexielle, s'il n'a déjà résolu d'enlever l'utérus en même temps, peut se trouver amené à prendre ce parti par des considérations d'ordre divers.

Dans un certain nombre de cas, toute discussion serait oiseuse, et il se trouve lié par une obligation morale inéluctable. Tels sont ceux où l'utérus est envahi secondairement et ceux où avec des annexes qu'il faut enlever, on trouve cet organe malade pour son propre compte. L'hystérectomie est alors *nécessaire*.

Dans une deuxième catégorie de faits, le chirurgien se trouve pris, par la nécessité matérielle d'enlever l'utérus sous peine de ne pouvoir terminer l'opération ou de faire une opération défectueuse. L'hystérectomie est *inévitabile*.

Enfin, il peut être amené à supprimer l'utérus par des mobiles étrangers à l'acte opératoire lui-même, dans le but d'assurer à sa malade une guérison définitive et complète. L'hystérectomie est *rationnelle*.

§ I

En ce qui concerne la première classe de faits, la cause est, on le conçoit, presque gagnée avant d'être plaidée.

Examinons d'abord le cas où l'utérus est envahi par le néoplasme annexiel ou intéressé primitivement par le même processus. C'est une règle soumise à une loi générale consentie de tous, qu'en présence d'un néoplasme l'exérèse des parties atteintes doit être aussi large que possible. Il faut enlever tout ou rien.

Si donc on a le moindre doute sur l'intégrité de l'utérus, il importe d'en faire le sacrifice. Les cas de récurrence qu'engendre une chirurgie conservatrice à l'excès ne sont malheureusement pas rares. Clarke (1) en cite un qu'il fait suivre de considérations très intéressantes : peut-être nous saura-t-on gré de les reproduire.

« Il n'y a pas longtemps, j'ai été appelé dans un cas
« où les annexes avaient été enlevées un an auparavant
« pour tumeur maligne. Depuis, l'utérus et le tissu du
« ligament large avaient été envahis. L'on aurait prati-
« qué à l'époque de la première opération l'hystérecto-
« mie totale que la malade aurait été sans doute sauvée.

« D'après cette observation et l'expérience acquise, on
« peut enlever très facilement les produits sarcomateux de
« l'ovaire par l'hystérectomie totale. Quand on peut faire
« le diagnostic précoce de papillome et de fibrome avant

1. Clarke, *Indications de l'hystérectomie totale*. *J. of. the Am M. Sc. Ass.* Chicago 1895, p. 262-264.

« leur propagation aux tissus voisins, on doit les enlever
« largement et rapidement au prix même du sacrifice de
« l'utérus et de ses annexes. L'expérience montre toute-
« fois que les suites d'une hystérectomie pour produc-
« tions sarcomateuses quand l'opération est entreprise à
« une période assez avancée, sont plus satisfaisantes que
« celles de l'ablation par la même méthode d'une produc-
« tion cancéreuse à la même période de son existence ».

Dans la thèse de Vignes sur le carcinome de l'ovaire, la propagation à l'utérus envisagée dans le chapitre du traitement nous vaut le passage ci-dessous :

« Les adhérences, tout en étant solides et très serrées,
« peuvent ne s'être portées que sur un seul organe dont
« on peut sans inconvénient pratiquer l'ablation. C'est
« ainsi que dans le cas de carcinome bilatéral de l'ovaire
« ayant englobé l'utérus et rien que l'utérus, le mieux
« sera de procéder à l'extirpation de tout l'appareil gé-
« nital interne ».

Sans doute, mais est-il bien indispensable que le carcinome soit bilatéral pour être autorisé à enlever l'utérus ? En admettant qu'on se trouve en présence d'un carcinome unilatéral avec envahissement de l'utérus, se bornera-t-on à enlever la masse principale du néoplasme et à refermer le ventre après avoir fait le simulacre d'une opération radicale ? Cet utérus que nous savons envahi et que nous laissons ne porte-t-il pas, indépendamment du foyer auquel nous nous serons attaqués, des bourgeons que nous ne soupçonnons pas ? Si nous nous croyons autorisés à faire l'hystérectomie quand les deux côtés sont envahis avec l'utérus, celle-ci sera aussi nécessaire lorsqu'un seul

côté aura contagionné l'utérus, car dans ces conditions, nous pouvons arrêter plus facilement la propagation du processus par le réseau lymphatique.

Cette conduite s'imposait dans plusieurs cas de Kelly, Terrier, Hartmann et Michaux. Elle a été tenue également dans les observations I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.

Dans les observations I, II, III, on avait affaire à des kystes papillaires végétants qui avaient envahi l'utérus.

L'observation VIII nous présente un exemple analogue de kyste papillaire végétant s'étant propagé à l'utérus. Celui-ci n'était encore le siège que de végétations peu nombreuses. Les deux cas qui suivent nous font voir un utérus à un degré très avancé d'envahissement par ces papillomes. Dans l'observation IV, l'utérus était tellement englobé par la tumeur qu'il ne pouvait être question d'entreprendre la conservation : il en était de même dans le cas qui fait l'objet de l'observation V.

Dans l'observation VI, c'est d'un épithélioma qu'il s'agit : malgré la faible importance des signes extérieurs, on constata que l'utérus était presque entièrement dégénéré. Dans l'observation VII, un kyste dermoïde ayant subi la dégénérescence épithéliale avait envahi par contiguïté le fond et la face postérieure de l'utérus. Dans le cas de Michaux (1), c'est un cancer végétant de l'ovaire droit : la tumeur formait une masse aréolaire du volume des deux poings fixée au bord de l'utérus, très adhérente et renfermant des poches pleines de pus. On fut obligé d'enlever le tout par lambeaux. Nous devons ajouter tou-

1. Michaux, *loco citato*.

tefois que l'examen microscopique démontra que l'utérus était indemne de cancer et ne renfermait que deux petits fibrômes interstitiels. « Dans un cas de Hartmann, il « y avait infiltration de l'utérus et des ligaments larges « par un épithélioma malin originaire de l'ovaire. Une « observation de Terrier est bien curieuse. L'ovario- « tomie avait été faite d'abord à droite pour un kyste « ovarique qui paraissait banal. Plusieurs années après, « ce fut l'ovaire gauche qui fut enlevé à son tour parce « qu'il devenait kystique. Plus tard encore, chacun des « pédicules fut envahi par le néoplasme qui continuait « son extension progressive vers l'utérus, d'où une troi- « sième intervention qui consista cette fois en une hysté- « rectomie. Kelly, qui rapporte trois cas de cancer de « l'ovaire compliqués d'une tumeur fibreuse de l'utérus, « en décrit un dans lequel le péritoine pelvien était le « siège de nombreux petits noyaux cancéreux disséminés « en partant des ovaires. On enleva l'utérus et les deux « ovaires après évacuation d'une grande quantité d'as- « cite. La guérison opératoire eut lieu : six mois plus « tard, la malade succombait avec de l'ascite et de larges « masses carcinomateuses remplissant l'abdomen » (1).

Dans plusieurs autres cas de Kelly (2), l'utérus est envahi par des productions sarcomateuses. En 1894, l'auteur opéra une malade dont le bassin était rempli du côté droit par une grosse tumeur friable ; la tumeur pénétrait l'utérus et formait une grosse masse dans la cavité uté-

1. Quénu et Longuet, *loco citato*.

2. Kelly, *Traité de gynécologie opératoire*, p. 334.

rine, une portion même du néoplasme apparaissait hors de l'orifice externe du col. L'examen des pièces démontra qu'il s'agissait d'un angiosarcome de l'ovaire avec envahissement secondaire de l'utérus. Dans un second cas opéré en 1896, Kelly rencontra une disposition presque semblable et l'examen microscopique prouva qu'on était encore en présence d'un sarcome. Enfin, il rapporte un troisième cas de sarcome secondaire de l'utérus diagnostiqué d'après les fragments ramenés par le curetage et opéré en 1893.

Citons pour compléter cette revue rapide des cas d'envahissement secondaire de l'utérus, celui si intéressant, qui fait l'objet de l'observation XI et où il s'agit, (fait extrêmement rare), d'un épithélioma primitif de la trompe.

Faut-il agir de même lorsque, indépendamment des lésions annexielles, l'utérus est malade pour son propre compte ?

Peut-être, dans les cas de cancer utérin primitif, l'étendue des lésions pourrait-elle faire renoncer à toute espèce d'intervention, la récurrence apparaissant comme fatale. D'autre part, s'il s'agit d'un néoplasme bénin, d'un fibrome par exemple, l'hésitation ne peut être de longue durée. Nous avons résumé à propos de l'historique les discussions qui ont eu pour objet dans ces dernières années la coexistence des kystes de l'ovaire et des utérus fibromateux. La question paraît actuellement tranchée en faveur de l'hystérectomie. Puisqu'il n'entre pas dans notre plan d'examiner ces questions en détail, nous renvoyons le

lecteur aux conclusions du rapport de Ch. Monod (1).

Nous pouvons également rapprocher de ces faits les cas où il existe d'un côté un kyste ou une tumeur de l'ovaire et de l'autre une salpingite, entraînant l'extirpation des deux annexes. Ici, en effet, l'ablation de l'utérus complète, comme nous l'avons déjà vu, l'opération en supprimant le siège primitif de l'infection et se trouve légitimée par ce fait que les annexes n'existent plus fonctionnellement.

En outre, on sait que certaines femmes ayant dépassé l'âge de 40 ans se plaignent de leucorrhées abondantes, de métrorrhagies et surtout d'écoulements fétides. On trouve alors le plus souvent un utérus gros, dur, fibreux dont la présence n'est plus d'aucune utilité et ne peut qu'entretenir des symptômes extrêmement pénibles. L'hystérectomie dans ces conditions est une garantie pour l'avenir.

Laissant de côté l'immense soulagement que la disparition d'un pareil état morbide apporte à ces malades, ne pourrions-nous pas nous féliciter de leur avoir épargné peut-être une lésion organique plus profonde? Savons-nous en effet ce que deviendront ces utérus? Il est bien permis dans ces conditions de redouter l'apparition d'un cancer utérin, lorsque l'on connaît le rôle joué par les inflammations chroniques dans l'étiologie de cancer.

A côté de tels cas, il convient pour terminer de réserver une place à ceux dans lesquels la tumeur ovarienne,

1. Ch. Monod. *Bulletins de la Société de Chirurgie*. Séance du 23 mai 1900.

au lieu de déterminer dans la matrice des changements de structure, en a simplement modifié les rapports. Ce n'est plus alors par les changements dynamiques subis que l'organe devient nuisible, c'est par les modifications de sa statique, modifications pouvant entraîner des déplacements variés avec les troubles qui en résultent. Laissons-nous *in situ* un utérus déplacé, aplati, élongé, parfois même complètement tordu sur son axe, comme nous en rapportons un exemple curieux dans l'observation XXII?

§ II

Nous avons dit que l'on pouvait être conduit à pratiquer l'hystérectomie au cours de l'ablation des annexes afin de rendre possible ou de mener à bonne fin l'extirpation de la tumeur ovarienne. Les obstacles qui peuvent apporter une entrave à la marche régulière de l'opération relèvent de deux chefs principaux : adhérences, hémorrhagie.

On sait combien sont fréquentes les adhérences que peut contracter le néoplasme kystique ou solide avec les organes voisins et les parois pelviennes. Sans parler des cas où ces adhérences sont le fait d'une salpingite de voisinage, de poussées de pelvi-péritonite, il suffit qu'un kyste ait été le siège de phénomènes de torsion qui déterminent toujours un processus d'adhérences péri-kystiques.

D'autre part, ces adhérences ne sont pas toujours d'un diagnostic aisé. Prévenu ou non, le chirurgien peut se trouver après l'incision abdominale en présence d'une tumeur excessivement difficile à mobiliser et dont la dis-

section périphérique apparaît impossible ou pleine de difficultés et de dangers. En pareil cas, l'on avait recours autrefois à la marsupialisation du kyste.

Cette méthode n'était qu'un pis aller et, suivant un mot de Delagénère, (1) « un aveu d'impuissance ». Applicable à la rigueur au traitement des kystes du foie dont la pédiculisation est impossible et qui se composent d'une cavité unique, la marsupialisation transportée au traitement des kystes ovariens peut être considérée comme une pratique irrationnelle et déplorable. En abouchant à la peau la cavité du kyste, on ne peut agir en effet que sur une étendue très faible du néoplasme et on laisse toujours dans l'abdomen la partie vitale du kyste, le gâteau où se développent les bourgeons qui évolueront et donneront naissance à d'autres tumeurs. D'ailleurs le kyste ovarien ne se réduit pas à l'expression d'une collection pure et simple, mais doit être envisagé comme un néoplasme épithélial : dans ses formes les plus bénignes en apparence, il est toujours susceptible d'une évolution maligne.

On ne pouvait donc, après une intervention si incomplète, se targuer d'avoir obtenu un résultat enviable, et la suppuration qui s'établissait dans la poche faisait de la marsupialisation une méthode s'accordant peu avec les tendances chirurgicales actuelles et destinée à disparaître.

Or, en 1897, dans une communication au Congrès de Chirurgie, Delagénère annonçait qu'il avait pratiqué avec succès l'hystérectomie abdominale totale comme

1. Delagénère. *Congrès de Chirurgie*, 1897. Séance du 23 octobre,

temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires. Rappelant ce texte (1) de Pozzi : « Il est des cas où l'on « sera amené à pratiquer l'hystérectomie pour simplifier « la manœuvre et terminer une opération déjà longue », il se défendait d'avoir voulu simplement accomplir ce temps complémentaire, et apportait deux observations où l'ablation de l'utérus avait été systématique et préliminaire. Son but avait été de se créer par la trouée utérine une brèche d'accès entre les feuillets du ligament large et sous le péritoine pariétal du bassin : il obtenait ainsi un plan de clivage qui lui permettait d'arriver de dedans en dehors à une décortication complète.

Dans sa première observation de janvier 1897, la tumeur était située en avant de l'utérus ; elle semblait sessile dans le bassin et se fusionnait à la vessie en s'étendant en avant de l'utérus sous le péritoine pelvien. Diverses tentatives de décortication ayant échoué, Delagènière prit le parti d'enlever l'utérus, et à l'aide de la brèche médiane créée et dans laquelle « le kyste apparaissait comme un placenta dans un col d'utérus », il put enfin poursuivre la dissection du kyste intra-ligamentaire. Dans le second cas, les parois du kyste très épaisses étant développées sous le péritoine pelvien, l'énucléation fut abandonnée. On enleva l'utérus qui d'ailleurs présentait des fibromes, et l'énucléation fut obtenue assez facilement à la faveur de la brèche.

Pauchet s'est inspiré de ce procédé dans deux des observations qu'il a bien voulu nous communiquer (obs.

1. Pozzi. *Traité de Gynécologie*, Ed. 1897, p. 857.

XIII, novembre 1898, et obs. XII, août 1899). Nous reproduisons le commentaire qu'il nous a adressé sur ce sujet : « Il m'est arrivé deux fois de me trouver en présence de kystes tellement adhérents aux parois pelviennes, que leur séparation d'avec le péritoine du bassin devenait impossible. A la recherche d'un plan de clivage pour amorcer le décollement, je commençai par enlever l'utérus, ce qui me donna sur la partie inférieure de la tumeur une surface d'accès de quelques centimètres carrés. Le décollement anatomique est rendu facile en cette zone celluleuse où les deux feuillets du ligament large s'écartent pour se continuer avec le péritoine pelvien ».

Dans la première intervention de ce genre, après rupture de quelques kystes, il restait dans le bassin une partie demi-solide et friable. Après avoir sectionné et fait basculer l'utérus, l'auteur put trouver un plan de clivage qui lui permit d'enlever le reste de la paroi kystique. Le second cas a fait l'objet d'un rapport de Richelot (1) à la Société de Chirurgie. Le kyste, énorme, comblant tout le bassin et impossible à mobiliser ne pouvait être libéré au-delà du détroit supérieur ; l'utérus fut enlevé, et à la faveur de la brèche, la dissection de la tumeur fut réalisée, avec assez de peine, il est vrai. Signalons en passant un autre point intéressant de l'observation, nous voulons parler de l'utilisation ingénieuse d'un lambeau de la paroi kystique resté adhérent (Cf Obs .XII).

1. Pauchet. *Bulletins de la Société de Chirurgie*. Séance du 24 février 1900 : Richelot rapporteur.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la discussion de la technique même de ces interventions, mais on peut se demander quel parti on aurait adopté en l'absence de cette ressource et quels résultats on eût obtenus. Nous ferons remarquer que, dans deux de ces cas, des incidents tels que la déchirure de l'intestin, la blessure des uretères et de la vessie vinrent compliquer l'opération. Malgré tout, les chirurgiens n'ont eu sur ces quatre cas aucun insuccès : or, on sait trop ce qu'eût donné en pareil cas la marsupialisation ou l'abandon dans la cavité abdominale de lambeaux adhérents de la paroi kystique.

Nous venons de voir l'hystérectomie pratiquée comme opération préliminaire dans le but de vaincre les adhérences périphériques et d'assurer une ablation complète de la tumeur. Dans d'autres cas, c'est pour les adhérences utérines elles-mêmes que la castration totale a été employée. Tels sont les faits consignés dans une observation de Terrillon (1) datée de 1888, dans la communication de Jonnesco (2) au Congrès de Chirurgie de 1897, et dans les observations IX, X, XI, XIV, XXI, qui portent les noms de Quénu et de Roubaix (3).

Les adhérences utérines étaient tellement intimes dans plusieurs de ces observations que les tentatives de décoration n'auraient pas abouti, par exemple dans les cas de Roubaix et de Terrillon.

Dans cette dernière observation, il s'agit d'un kyste

1. Terrillon, *loco citato*.

2. Jonnesco, *Congrès de Chirurgie*, 1899.

3. De Roubaix. *Presse médicale Belge*, Bruxelles 1897, p. 123.

multiloculaire à développement rapide qui adhérait de la façon la plus intime à un fibrome volumineux de l'utérus. « Il y avait pour ainsi dire fusion complète entre la paroi « kystique et la surface du myome et il devenait évident « qu'il fallait ou enlever totalement le kyste avec l'utérus « ou bien faire une opération incomplète et abandonner « dans l'abdomen une grande partie de la tumeur kysti-
« que ». Si nous citons ici ce cas, c'est que, suivant les conclusions de l'auteur, l'hystérectomie a eu pour objet de permettre l'ablation du kyste et non pas de débarrasser la malade de ses myomes. Dans l'observation de Roubaix, un kyste de même nature adhère d'une façon tellement intime à la matrice et à la vessie, au cœcum et à l'S iliaque que l'on se décide à enlever l'utérus.

Dans l'observation IX, les adhérences étaient étendues également à la vessie et à l'intestin en même temps qu'à l'utérus.

Rapprochons de ces faits les cas de Jonnesco (1) : ils sont tout-à-fait analogues et nous reproduisons le passage s'y rapportant dans sa communication au Congrès de Chirurgie de 1899. « Pour les annexites non suppurées « bilatérales, l'ablation de l'utérus devenu inutile ou « même nuisible s'impose. Dans quatre cas de kyste de « l'ovaire à évolution abdomino-pelvienne, l'utérus était « tellement incrusté dans la paroi du kyste qu'il fallait « l'enlever dans le même temps ou l'abandonner avec « une portion de la paroi du kyste ou bien enfin le sculper dans celle-ci en le laissant saignant de toutes parts.

1. Jonnesco, *loco citato*.

« J'ai préféré l'hystérectomie abdominale totale ; les résultats ont été toujours excellents ». Terrier (1) a également adopté cette ligne de conduite dans 4 cas sur lesquels nous nous réservons de revenir dans le chapitre suivant.

Dans les observations X et XXI, la libération des adhérences avait laissé un utérus tellement dénudé qu'il fallait se décider à l'enlever. Dans le cas qui fait le sujet de l'observation XI l'indication résultant des adhérences était corroborée par l'existence d'une salpingite ancienne sèche du côté droit et d'une tumeur des annexes gauches.

L'hystérectomie dans les conditions que nous venons de passer en revue est tout-à-fait justifiée. Les différents auteurs que nous avons cités s'accordent à reconnaître qu'il leur aurait fallu, pour épargner l'utérus, abandonner dans l'abdomen une grande partie de la paroi kystique. C'était courir au devant d'une récurrence certaine.

Pour être radicale et porter le cachet d'une intervention utile, la castration devait comprendre l'utérus, à moins de sculpter dans l'épaisseur de cet organe et de laisser à la malade un moignon dangereux et sans signification. Même en présence de dénudations utérines étendues résultant de la libération des adhérences, comme dans les observations X et XXI, Quénu n'a pas hésité à faire le sacrifice de l'utérus d'ailleurs légitimé dans le premier cas par l'âge de la malade, et dans le second par la bilatéralité des lésions.

Voici donc encore une catégorie de faits où il est im-

1. Terrier. *Revue de Chirurgie*, 1899.

possible de parfaire l'ovariectomie si l'on n'enlève en même temps l'utérus. Il nous reste à examiner une troisième série de faits qui commandent également l'hystérectomie.

Ici, l'on a réussi à séparer les annexes, mais leur dissection a donné lieu à de nombreuses ruptures vasculaires. Il se produit soit en certains endroits de la cavité pelvienne, soit au niveau des cornes utérines, un suintement sanguin continu ou même une hémorrhagie en nappe, contre lesquels les moyens hémostatiques habituels sont impuissants. Lorsque l'on a tout mis en œuvre pour tarir l'écoulement du sang, va-t-on se borner à refermer la paroi avec l'espoir de le voir disparaître et en se bornant à assurer le drainage? Lors même que le suintement est de peu d'importance, il peut continuer indéfiniment et entraîner des conséquences fatales. Nous n'avons pas l'intention d'insister sur ces petites hémorrhagies résiduelles dont notre excellent ami Rebreyend a bien montré le danger dans un travail tout récent (1). A plus forte raison, lorsque l'écoulement sanguin est assez abondant, il est de toute nécessité d'y mettre fin le plus rapidement possible. Il faut alors remonter à sa source et pratiquer la ligature des utérines : la recherche de ces vaisseaux est rendue très facile et très rapide par l'hystérectomie et il y a tout avantage à pratiquer celle-ci, comme temps préliminaire.

1. P. Rebreyend. *Dangers et accidents de l'hémostase incomplète dans les petites opérations péritonéales*. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, février 1900.

Nous citons, comme exemples de cette éventualité, les observations XV, XVI, XVII et XVIII. Le cas de l'observation XV opéré par Quénu a trait à un pédicule friable, laissant des surfaces saignantes. Legueu (obs. XVI) et Cragin (obs. XVIII) furent aussi amenés à amputer l'utérus en présence d'une hémorrhagie incoercible. De même Pauchet (obs. XVII) trouve après le décollement d'un kyste une large surface cruentée dans le bassin. L'hystérectomie est pratiquée et l'hémostase assurée ; préalablement, l'opérateur a pris soin de se ménager sur la séreuse utérine un lambeau péritonéal assez étendu pour combler en même temps la perte de substance. Nous n'avons pas encore parlé de cette réfection plastique du plancher pelvien. Elle a cependant été tentée dans la plupart des cas que nous avons déjà examinés. Nous nous réservions d'y revenir au chapitre suivant où nous nous proposons d'envisager l'hystérectomie comme une garantie pour l'avenir des opérées et, si nous pouvons ainsi parler, comme une opération logique et prudente.

§ III

Les chirurgiens qui ont l'expérience des opérations abdominales reconnaissent qu'il faut autant que possible laisser avant la fermeture de l'abdomen une surface interne lisse et régulièrement tapissée de séreuse.

« La parfaite péritonisation des surfaces cruentées
« doit à l'heure présente être considérée comme un prin-
« cipe fondamental de la chirurgie abdominale. Aucun
« pédicule ne doit autant que possible faire saillie dans

« la cavité coelomique ; aucune surface suintante dénudée
« ou charnue ne devrait être abandonnée par l'opérateur.
« Rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse,
« voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites
« opératoires ; c'est la seule méthode qui évite les adhé-
« rences post-opératoires dont la présence pourrait
« ultérieurement se traduire par des douleurs, des tirail-
« lements, des troubles digestifs et trop souvent encore
« par des accidents dramatiques, tels que l'occlusion in-
« testinale aiguë ou chronique, précoce ou éloignée » (1).

Les brèches péritonéales qui résultent soit de la dissection de poches et de tumeurs adhérentes, soit de l'excision de végétations papillomateuses, les dénudations utérines elles-mêmes ou les pédicules trop larges, grossiers ou suintants, sont, dans le cadre particulier de cette étude, autant de conditions qui favorisent la production des adhérences post-opératoires, autant de conditions que doit éviter un chirurgien soucieux de l'avenir de ses opérées. Or, le départ de l'utérus permet seul bien souvent de réaliser un desideratum semblable.

Tout d'abord, la restauration plastique du plancher pelvien peut être assurée par la taille des deux lambeaux utérins antérieur et postérieur à l'aide desquels l'occlusion péritonéale se continue d'un côté à l'autre du bassin par une suture transversale.

Si d'autre part, il existe des érosions assez larges, comme dans l'observation XVII due à Pauchet, on peut s'efforcer par un lambeau péritonéal convenable pris sur

1. Quénu et Longuet, *loco citato*, p. 11.

la séreuse utérine de les combler ou tout au moins d'en diminuer l'étendue. On pourra voir à la lecture des observations II, IX, XV, XVII, XIX, XX, XXIII, qu'il est facile de reconstituer ainsi un plancher pelvien étanche. Dans beaucoup de ces cas, il est vrai, l'hystérectomie avait été commandée par des motifs d'ordre plus immédiat, mais il faut reconnaître qu'elle a eu en même temps l'avantage de prouver ce résultat satisfaisant. Faisons remarquer en passant que si l'on avait affaire à des kystes papillaires végétants on pourrait être amené à enlever l'utérus dans deux cas : ou bien des granulations sont apparues sur le péritoine utérin seul, et alors l'hystérectomie met à l'abri d'une récurrence ; ou bien la séreuse viscérale est saine et le péritoine pariétal suspect ; dans ce cas, elle permettrait la taille du lambeau péritonéal par lequel on pourra combler la perte de substance due à l'excision du péritoine pariétal.

Nous avons vu plus haut (1) que la friabilité des tissus au niveau du pédicule rendait quelquefois la ligature inefficace et l'hémostase incertaine ou même impossible. Ce n'est pas là la seule condition qui rend la pédiculisation difficile. La surface pédiculaire peut être très étendue. On ne peut avoir confiance, en pareille circonstance, dans une ligature simple : l'interposition d'une épaisseur notable de tissus ne permet pas au fil d'exercer sur eux une constriction suffisante et on pouvait craindre de le voir glisser. Alors même que l'oblitération vasculaire était assurée pour l'instant, elle était incertaine pour

1. Chap. III, p. 43.

l'avenir. Il fallait donc avoir recours aux ligatures en chaîne : ces ligatures massives et complexes laissaient après elles des moignons grossiers. L'enfouissement qui permet de reconstituer à peu de frais une surface péritonéale continue ne pouvait s'appliquer à ces cas de vaste surface pédiculaire, car le voisinage immédiat de la corne utérine, ne permettant pas d'obtenir l'étoffe séreuse suffisante, le rend impraticable.

Force était donc de laisser à découvert ces surfaces charnues et irrégulières, causes prochaines d'adhérences. L'ablation de l'utérus peut faire disparaître ou éviter ces vastes champs pédiculaires. C'est dans ce but que les opérateurs l'ont pratiquée dans les cas suivants. Dans l'observation XIX et dans l'observation XXII, le kyste était sessile et le pédicule aurait eu une largeur extrême. Dans l'observation XX, après ablation du kyste, on avait un pédicule très large avec une surface de dénudation importante. De même Pauchet (obs. XXI) supprima l'utérus en présence d'un pédicule très étendu.

Indépendamment de ces faits qui peuvent entraîner l'opérateur à l'hystérectomie, la crainte d'un autre ordre de complications peut légitimer cette opération. L'utérus après l'ablation bilatérale des annexes a perdu ses moyens de fixité et dans des cas nombreux la plupart de ses moyens de nutrition. Il reste ballant sur le plancher pelvien et « deviendra certainement le siège de déplacements ou d'adhérences avec les intestins ou l'épiploon ». On peut même concevoir des craintes sur la vitalité d'un utérus dont la dénudation extrême aurait été poussée très bas.

Au Congrès de Chirurgie de 1899, Terrier, parlant des 4 cas que nous avons déjà cités, dit que l'ablation sus-vaginale de l'utérus fut indiquée par ce fait que l'énucléation des kystes des ligaments larges avait laissé l'utérus absolument séparé de ses attaches latérales, les ligaments larges eux-mêmes. L'ablation de l'organe simplifiait les choses et permettait la réfection d'un plancher pelvien recouvert de péritoine.

Nous venons de passer en revue tout un ordre de faits où l'on a poursuivi comme but l'obtention d'un plancher péritonéal étanche. Toutefois, il peut arriver que ce résultat ne soit pas obtenu ou que l'opérateur désire ne pas s'en tenir là et se mettre par le drainage à l'abri d'une réaction péritonéale. Nous n'avons pas à discuter ici s'il est préférable ou non de drainer : c'est aux opérateurs de décider en présence des cas particuliers et selon leurs préférences personnelles. Quoi qu'il en soit, on peut avoir affaire à des lésions annexielles septiques ou suppurées telles que l'on juge indispensable d'assurer l'écoulement des liquides par le vagin. L'hystérectomie abdominale totale permettra alors d'établir un drainage abdomino-vaginal ou un drainage vaginal beaucoup plus efficace que le drainage par le cul-de-sac de Douglas. Celui-ci est en effet le plus souvent insuffisant, le col formant clapet contre la paroi vaginale postérieure et s'opposant à la libre issue des liquides. La brèche vaginale créée par l'hystérectomie restera au contraire suffisamment perméable.

OBSERVATION I (Quénu).

Ovario-hystérectomie abdominale pour kyste papillaire végétant des deux ovaires. Guérison.

Cette observation a été publiée *in extenso* dans les Bulletins de la Société de chirurgie, en 1885. En voici un résumé :

Mme L., quarante-neuf ans, entre dans le service de M. L. Championnière, suppléé par M. Quénu ; présente une ascite abondante. Après ponction, on constate l'existence d'une tumeur remplissant l'hypogastre, se prolongeant dans les fosses iliaques et remontant un peu au-dessus de l'ombilic, semblant faire corps avec l'utérus.

Opération le 26 mai 1884 par M. Quénu. On trouve un fibrome auquel adhère un kyste qui, ponctionné, donne 2 litres et demi de liquide. Nombreuses adhérences du kyste et du fibrome avec le grand épiploon. De chaque côté, les ovaires sont remplacés par une masse grosse comme le poing, irrégulière, rougeâtre, hérissée de végétations. Ces deux masses, libres par leur face antérieure, sont très adhérentes en arrière et sur les côtés. A gauche, la séparation de l'Siliaque ne s'obtient qu'au prix d'un arrachement du péritoine intestinal, il se fait même une petite perforation d'où sort un liquide blanchâtre sur laquelle on met une pince à pression. En avant on sent la tumeur de la vessie. La tumeur utéro-ovarienne ainsi mobilisée, il reste à pratiquer la section des ligaments larges et de l'utérus. Cette section est faite d'abord à gauche, puis à droite, enfin l'utérus et les parties contiguës des ligaments larges restent seuls à sectionner, ce qu'on fait après avoir appliqué un double lien élastique au-dessus du col.

Suites. Guérison après formation d'un abcès.

Réflexions. M. Terrier était rapporteur de cette observation : la discussion n'a guère porté sur le fait de l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes, mais sur la pathogénie de l'ascite.

OBSERVATION II (Quénu).

Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie pour tumeurs kystiques de l'ovaire avec ascite et végétations papillomateuses sur le péritoine pelvien, l'utérus, etc.

W..., âgée de quarante-huit ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 31 janvier 1900. Opération par M. Quénu, le 5 février 1900.

Commémoratifs. — Menstruation normale jusqu'à quarante-cinq ans ; une grossesse à quarante ans, qui se termina par un accouchement laborieux et une fistule recto-vaginale. Cette fistule a été traitée chirurgicalement à diverses reprises et incomplètement guérie. Les premiers troubles remontent en mai 1899 ; le ventre a commencé à grossir et l'examen pratiqué quelque temps plus tard fait reconnaître de l'ascite qui fut attribuée en ville à une maladie de foie. Puis la malade s'aperçut en décembre dernier de l'existence de petites tumeurs mobiles.

Examen à l'entrée. — Tumeur kystique avec parties solides pédiculisées, dont deux principales, l'une au voisinage de l'ombilic, l'autre dans la fosse iliaque gauche, toutes deux du volume d'une mandarine et reliées à la masse kystique principale. Ascite et ganglions inguinaux bilatéraux. Au toucher,

l'utérus est repoussé en avant par des masses dures comblant le Douglas.

Diagnostic. — Kyste végétant de l'ovaire.

Opération le 5 février 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Après l'évacuation de l'ascite et l'ablation de la masse polykystique principale, on trouve des végétations papillomateuses multiples, envahissant le grand épiploon, le plancher pelvien, l'utérus. Il y a des adhérences multiples, notamment avec l'anse sigmoïde et un fusionnement avec tout le petit bassin. Pendant la décortication, qui fut très pénible, les uretères se trouvèrent disséqués. Pour reconstituer un plancher péritonéal, on est conduit à supprimer l'utérus.

Suites. — Une seule poussée fébrile à 38°,9 le surlendemain. Guérison sans aucune complication.

OBSERVATION III (Quénu).

Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie double avec appendicectomie pour une masse polykystique végétante développée aux dépens des deux ovaires.

Mme L..., âgée de quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 9 juin 1898. Opérée le 16 juin 1898 par M. Quénu.

Commémoratifs. — Menstruation normale, pas de grossesse. Les premiers troubles remontent à trois ans et ont consisté en douleurs abdominales siégeant à droite, puis depuis deux ans, le ventre a commencé de grossir.

Examen à l'entrée. — Tumeur fluctuante remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Caractères

classiques des kystes de l'ovaire; au toucher, utérus mobile paraissant contracter des connexions avec la tumeur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 16 juin 1898. — *Hystérectomie subtotale; ovariectomie bilatérale et appendicectomie.* Le ventre ouvert, on tombe sur une masse polykystique très végétante avec ascite, bilatérale et développée aux dépens des deux ovaires réunis et adhérent entre eux par-dessus l'utérus, ne formant ainsi qu'une seule masse à base d'implantation très large. La trompe droite, très dilatée, est du volume d'une anse intestinale. L'utérus contient en outre un fibrome. Adhérences multiples du kyste à la paroi postérieure de la cavité pelvienne et principalement au rectum et au côlon pelvien; adhérences à l'appendice; adhérences au plancher pelvien. Ces adhérences entraînent à la suppression de l'utérus et à l'appendicectomie après l'extirpation des kystes.

Suites. — Guérison complète après une seule poussée fébrile à 38°,2.

OBSERVATION IV Quénu (*inédite*).

Tumeur végétante remplissant le petit bassin, recouvrant et coiffant l'utérus.

Hystérectomie subtotale sans reconstitution du ligament large.

La femme J..., 55 ans, entre à l'hôpital le 15 septembre 1900.

Il y a quatre ans, la malade, sans avoir jusqu'alors éprouvé de phénomènes douloureux s'est aperçue qu'elle était plus constipée qu'auparavant. Depuis six mois, elle souffre dans le

ventre principalement du côté droit : l'abdomen a un peu augmenté de volume, mais pas de façon à la gêner.

Le 13 juillet 1900, pertes vaginales abondantes et très nauséabondes, en dépit des soins de propreté. Le ventre commence à augmenter notablement de volume et continue de grossir jusqu'à la date de son entrée à l'hôpital.

L'examen est alors rendu impossible par suite du gonflement de l'ascite. Une ponction évacuatrice pratiquée le 6 octobre donne issue à 5 litres de liquide citrin et transparent. Après la ponction, la palpation du ventre permet de constater une saillie bosselée dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre, un peu plus grosse que le poing et de forme irrégulière. Elle est fixée sur les plans profonds de la fosse iliaque et présente une assez grande résistance.

L'examen provoque une douleur assez vive dans le flanc droit et au niveau de la tumeur.

Opération le 11 octobre. — Le but de l'intervention est d'explorer et d'enlever si possible.

À l'ouverture du ventre, on constate que la tumeur, diffuse dans tout le petit bassin, enchâsse l'utérus, les annexes et le rectum ; elle est impossible à isoler. On se contente alors, en sculptant dans le néoplasme, d'enlever tout ce que l'on peut dans le bassin, y compris les annexes et l'utérus par l'hystérectomie supra vaginale.

Suites. — 3 litres de sérum le soir.

Le 12 T. 38° 2 P. 120, 3 lit. de sérum.

Le 13 600 gr. de sérum.

Le 14, 500 gr. Le pouls et la température baissent pro-

gressivement à partir du 13 jusqu'à atteindre la normale et le 16, la quantité d'urine atteint un litre.

Le 22, ablation des fils.

Dans les derniers jours d'octobre, la défécation est normale, les douleurs sont notablement diminuées, l'appétit et les forces sont revenues

OBSERVATION V Legueu (*inédite*).

Kystes des ovaires dermo-mucoïdes et végétants avec
dégénérescence calcaire des parois.
Ovariectomie et hystérectomie supra-vaginale

La femme C. . . , âgée de 38 ans, entre à l'hôpital le 16 août 1900. Depuis quelque temps, elle s'est aperçue qu'elle avait des pertes blanches. L'abdomen a grossi depuis six semaines environ, et la malade éprouve un sentiment de lassitude générale. Vomissements fréquents.

La menstruation s'est établie à l'âge de 14 ans et a toujours été régulière, mais les règles, durant deux ou trois jours, sont très douloureuses.

Trois accouchements normaux ; pas de fausse couche.

On a appris après l'intervention actuelle que le Dr Legueu avait opéré la même malade en 1898 pour un kyste de l'ovaire : il avait dû se borner à une laparotomie exploratrice, les lésions lui paraissent trop étendues pour tenter l'extirpation du kyste.

Actuellement, l'abdomen est distendu par une ascite considérable : la ponction donne issue à dix litres de liquide. Après évacuation de l'ascite, on sent par la palpation de grosses masses débordant la symphyse pubienne.

Au toucher, on perçoit les mêmes masses qui enveloppent complètement l'utérus : celui-ci fixé solidement au milieu de ces indurations semble coulé dans un bloc.

Opération le 30 août 1900,

Laparatomie. — Il s'écoule un ou deux litres de liquide ascitique.

On se trouve alors en présence de masses polykystiques adhérentes de tous côtés, à l'intestin et à l'utérus. Celui-ci est impossible à reconnaître.

La masse intestinale est d'abord libérée attentivement et réclinée, puis on entreprend la dissection de la tumeur. Les parois ont une épaisseur d'un centimètre et demi, elles ont subi la dégénérescence calcaire et présentent une dureté comparable à celle du tissu osseux. Dans la cavité des kystes, on trouve une accumulation de matière sébacée.

Comme il est impossible d'isoler l'utérus, on pratique l'hystérectomie supra vaginale.

Avant de refermer la paroi, on constate que la tumeur a été enlevée intégralement.

Drainage abdominal.

Suites exemptes de complications. — On enlève les mèches le 5^e jour et l'opérée quitte bientôt après l'hôpital en parfaite santé.

OBSERVATION VI Pauchet (*inédite*).

Epithélioma de l'ovaire gauche et du corps utérin. — Castration totale. Guérison apparente depuis 8 mois.

F. T... 60 ans. Le malade se plaint depuis un an de pertes fétides et de douleurs rectales. Un chirurgien d'Amiens con-

sulté à ce moment conseille une intervention qui est refusée par la malade.

Laparotomie, 12 mai 1900.

On trouve un petit kyste ovarique gauche prolabé dans le Douglas et adhérent au rectum. Cette lésion explique les douleurs rectales et les hémorroïdes concomitantes. L'utérus au toucher paraît ramolli. On l'enlève avec de grandes précautions pour éviter de le déchirer. Drainage abdomino-vaginal. L'examen des pièces montre que l'utérus était entièrement dégénéré et que l'épithélioma n'avait ménagé que la séreuse et une faible épaisseur du tissu utérin. Le petit kyste avait été crevé sur une partie de sa surface par les bourgeons épithéliaux nés dans sa cavité. Ceux-ci avaient végété à sa surface et avaient ensemencé la face postérieure de l'utérus.

Phlébite pendant la première convalescence. La malade a engraisé de 10 livres, depuis cette époque. Toujours hantée par l'idée de récurrence, elle se plaint encore de quelques tiraillements dans le rectum.

OBSERVATION VII Pauchet (*inédite*).

Kyste dermoïde de l'ovaire ayant subi la dégénérescence cancéreuse.

Castration totale. Guérison opératoire et survie de près de 2 ans avec apparences de santé complète pendant une année. Mort par cachexie.

Mme V. 60 ans. Eprouve depuis quelques mois des douleurs pelviennes et présente de l'amaigrissement.

On examine l'abdomen et on trouve une tumeur du volume d'une tête d'adulte, immobile, dure par places et nettement fluctuantes en d'autres points.

Laparotomie 24 juillet 1898.

On arrive sur un kyste uniloculaire ayant subi par places la dégénérescence calcaire et en d'autres points la transformation épithéliale. Ça et là des noyaux d'aspect lardacé ne laissent aucun doute sur la nature de la dégénérescence.

Extirpation du kyste après ponction.

La tumeur renferme un liquide sébacé typique et des cheveux. Comme la portion suspecte de la tumeur adhère au fond et à la face postérieure de l'utérus, on enlève ce dernier. L'hémostase est assurée et l'abdomen refermé sans drainage.

Guérison normale en 3 semaines.

Pendant un an la malade se porte admirablement et recouvre l'appétit et son poids normal.

Malheureusement, des troubles digestifs reparaissent, elle s'affaiblit lentement et meurt quelques mois après sans qu'on ait pu localiser l'existence d'un néoplasme abdominal quelconque.

OBSERVATION VIII Pauchet (*inédite*).

Kysto-épithéliome végétant des deux ovaires. Castration totale.
Récidive péritonéale au bout de six mois

F. 52 ans. Se plaint depuis longtemps de troubles gastriques et depuis quelques mois se cachectise, au point de faire craindre au médecin traitant, un carcinome pelvien.

L'examen du bassin révèle autour du col utérin la présence d'une masse irrégulière au toucher. Cette masse occupe tout le pelvis et remonte dans l'abdomen, sous forme d'une tumeur bosselée et fluctuante. La portion pelvienne est dure et ma-

melonnée. Notre confrère porte le diagnostic de kysto-sarcome ovarique.

Laparotomie, 4 juin 1898.

On trouve 2 masses ovariennes ayant chacune la forme d'un chou-fleur, dont divers points se seraient distendus sous forme de kystes, variant du volume d'une noix à celui d'un œuf. Le péritoine utérin et la séreuse pelvienne présentant quelques végétations papilliformes qui rappellent l'aspect des tumeurs ovariennes. On excise la portion sus-vaginale de l'utérus et cinq ou six petits points infiltrés du péritoine pelvien. Les diverses brèches sont fermées à la soie.

Suites. Guérison opératoire en 25 jours.

L'état général s'améliore sensiblement. Mais au bout de 5 mois, elle maigrit de nouveau et les troubles digestifs reparaissent. Bientôt, on perçoit des masses mamelonnées dans la partie supérieure de l'abdomen, et on pense à une récurrence épithéliale dans le gros épiploon tout près de la grande courbure de l'estomac.

La malade meurt un an à peine après l'opération.

OBSERVATION IX (Quénu)

Hystérectomie abdominale et ovariectomie. Première opération le 26 octobre 1895 : ovariectomie gauche ; deuxième opération le 27 octobre 1898 : ovariectomie droite et hystérectomie subtotal pour kyste de l'ovaire droit adhérent à la vessie, au péritoine pelvien et à l'utérus.

Eugénie C., âgée de cinquante-trois ans, journalière, entrée le 23 octobre 1893 à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), opérée le 26 octobre 1893 et le 27 octobre 1898 par M. Quénu.

Commémoratifs. — 3 grossesses normales ; enfants tous morts, à quatre ans, à onze mois, à deux mois. Menstruation régulière jusqu'en 1893. La même année, en mars 1893, la malade commença à remarquer l'existence d'une tumeur dans l'hypogastre, un peu à gauche de la ligne médiane, indolente et mobile, du volume d'une tête d'enfant. Puis, en trois mois, la tumeur grossit rapidement, occasionna des troubles digestifs, de la diarrhée, de la dysurie, enfin de la dyspnée et de l'amaigrissement. Une ponction faite en ville pour diminuer les troubles respiratoires donne issue à une grande quantité de liquide citrin et est suivie d'une sédation des troubles digestifs et dyspnéiques : mais, en août, la tumeur s'est reproduite aussi volumineuse qu'auparavant et entraînant les mêmes symptômes.

Examen à l'entrée. — L'abdomen est déformé par une tumeur volumineuse occupant l'hypogastre, débordant dans les flancs et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. A la palpation, cette tumeur est bien limitée, bien mobile dans le sens transversal, nettement fluctuante, de consistance variable selon l'endroit considéré, formée de parties liquides en majeure partie, mais aussi de lobes plus durs, notamment à gauche. A la surface on perçoit de nombreuses bosselures et des irrégularités. A la percussion, la matité de cette tumeur reste fixe par rapport à la sonorité intestinale, lorsque l'examen est pratiqué dans différentes positions. Cependant il existe aussi de l'ascite décelée par une zone de matité déclive.

Au toucher, rien de particulier ; indépendance de la masse vis-à-vis de l'utérus.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire. Les bosselures et l'ascite indiquent en outre qu'il s'agit d'un kyste végétant.

Première opération : le 26 octobre 1893. — *Ovariectomie*. Pas de végétation sur le péritoine, simple kyste multiloculaire. Nombreuses adhérences notamment avec la vessie.

L'utérus et les annexes droites intacts sont laissés en place.

Suites. — Guérison jusqu'en septembre 1898, époque où l'on constate une récurrence du côté droit. Il existe là une tumeur kystique indolente de volume plus petit que la première, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Deuxième opération : le 27 octobre 1898. — *Ovariectomie droite et hystérectomie abdominale subtotal*e, par M. Quénu. Existence de nombreuses adhérences pelviennes, du kyste à la vessie, au péritoine iliaque et au petit bassin, à l'utérus, à l'intestin, d'où la nécessité de supprimer l'utérus. Celui-ci enlevé, après confection préventive de lambeaux péritonéaux, il devient possible de refaire un plancher pelvien lisse.

L'opération est complexe et difficile.

Suites. — Guérison complète et suites éloignées excellentes.

OBSERVATION X (Quénu)

Hystérectomie abdominale et ovariectomie bilatérale, nécessitées par la dénudation de l'utérus résultant d'adhérences étendues du kyste à l'utérus et au ligament large.

Mme G..., âgée de trente-cinq ans, entrée au pavillon Pasteur le 9 octobre 1899. Opération le 17 octobre 1899 par M. Quénu.

Commémoratifs. — Douleurs abdominales depuis neuf ans, suivies de l'apparition d'une tumeur, ayant augmenté rapide-

ment ces temps derniers, au point d'envahir le creux épigastrique.

Examen à l'entrée. — Caractères classiques d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 17 octobre 1899. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.*

L'ablation de l'utérus est nécessitée par de larges décollements et de multiples adhérences. Dénudation de l'utérus et du ligament large.

Suites. — Guérison complète.

OBSERVATION XI (Quénu)

Hystérectomie abdominale subtotale pour une tumeur solide de la trompe gauche, compliquée d'un utérus fibromateux et de salpingite sèche ancienne droite.

Mme R..., âgée de quarante-deux ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), le 1^{er} mars 1899. Opérée le 3 mai 1899, par M. Quénu.

Commémoratifs. — Leucorrhée abondante ; menstruation régulière. Ablation d'un polype, puis curettage. Ultérieurement persistance de la leucorrhée et plus tard métrorragies profuses.

Examen à l'entrée. — Au palper bimanuel, on trouve une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic.

Diagnostic. — Fibrôme utérin.

Opération le 3 mai 1899. — *Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes.* On trouve un utérus fibromateux, avec adhérences tenant à d'anciennes lésions de salpingite : adhérences à la paroi abdominale. Il existe en outre une tumeur

de la trompe gauche et de l'ovaire gauche, constituant la plus grande partie de la masse.

Suites. — Guérison complète, sans aucune élévation thermique.

L'examen histologique de la tumeur de la trompe démontre qu'il s'agit d'un *épithélioma* cylindrique.

OBSERVATION XII (Pauchet).

(*Gaz. Méd. de Picardie*, février 1900.)

Kyste ovarique, très adhérent, compliqué de pyosalpinx double et d'ancienne pelvi-péritonite. — Extirpation du kyste, de l'utérus et des annexes. — Déchirure du colon pelvien, depuis la symphyse sacro-iliaque gauche, jusqu'au cul-de-sac de Douglas, — Restauration de l'intestin, à l'aide d'un lambeau de la paroi kystique adhérente au bassin. — Guérison sans fistule.

Mme C... 30 ans, m'est adressée au mois d'août 1899, par le docteur Roisin (Crèvecœur-le-Grand), pour être opérée d'une tumeur abdominale. Cette femme, qui a maigri et pâli depuis quelques mois, porte une masse tendue et fluctuante, ne dépassant guère l'ombilic et présentant tous les caractères d'un kyste ovarique. Le palper fait constater l'*immobilité absolue* de la tumeur. Par le toucher vaginal, le doigt arrive sur un col fixé au milieu d'une masse occupant tout le bassin et ne permettant de distinguer, ni l'utérus, ni les annexes, ni même ses relations avec le kyste abdominal.

En interrogeant cette femme, j'apprends qu'elle a accouché sept ans auparavant ; que cet accouchement a été accompagné d'infection puerpérale avec poussée de pelvi-péritonite. Depuis cet accident, la malade a toujours éprouvé des douleurs pelviennes. Deux ans plus tard, elle fut examinée par un confrère

de Beauvais, qui porta le diagnostic de fibrôme utérin. Ce diagnostic nous prouve qu'il existait une masse pelvienne laquelle représentait le kyste au début ou bien un pyosalpinx double entouré d'adhérences.

Depuis un an, le ventre grossit, la malade continue à souffrir, maigrit, et rend parfois par l'anus du muco-pus.

Laparotomie. — Kyste se composant de 3 poches, formant la tumeur abdominale, et d'un gâteau énorme divisé en aréoles kystiques nombreuses, comblant tout le bassin. J'ouvre chacune des 3 poches et j'essaie d'amener la paroi kystique qui ne vient pas. Agrandissement de l'ouverture abdominale : la paroi est adhérente à la masse intestinale et à la colonne lombaire ; dissection à l'aide des ciseaux. Le sac kystique, ne pouvant être libéré au delà du détroit supérieur du bassin, je renonce à poursuivre sa dissection de haut en bas. Pour trouver un plan de clivage, je décide d'enlever l'utérus. Ce dernier est découvert difficilement, puis extirpé sans hémostase du milieu de la gangue inflammatoire où il est enfoui.

La masse est alors péniblement séparée à coups de ciseaux des parois pelviennes. Craignant de léser le colon que je supposais aplati par la tumeur contre la face postérieure du bassin, je laissai volontairement une partie du kyste adhérent, pensant enlever ces derniers débris dans un dernier temps opératoire.

Or, voici ce qui resulta de cette ablation faite aux ciseaux : deux poches de pus (les trompes) furent ouvertes et inondèrent le champ opératoire d'un liquide fétide ; l'intestin fut déchiré, depuis la symphyse sacro-iliaque gauche, jusqu'au point qui aurait répondu au cul-de-sac de Douglas. Cette déchirure était large et ne laissait guère que la moitié posté-

rière du tube intestinal, celle à laquelle s'insère le mésocolon. De chaque côté de cette gouttière intestinale, les débris de la paroi kystique restaient adhérents à la paroi pelvienne. Je les disséquai donc dans une certaine étendue et j'arrivai ainsi, à mobiliser deux volets membraneux, que je rabattis en avant de l'ouverture intestinale, en dirigeant leur surface épithéliale vers l'axe du colon. Je rétablis ainsi la paroi de cet organe, à l'aide de 10 à 12 points séparés, faits au catgut n° 3. Je terminai l'opération par un tamponnement à la gaze, celle-ci sortant en partie par le vagin largement ouvert.

On pourrait me demander, pourquoi je n'ai pas préféré à cette restauration bizarre, la simple suture des bords de la gouttière intestinale, ou bien la résection de la portion lésée, avec réunion des 2 extrémités saines du colon ou tout au moins l'implantation latérale de l'iléon, sur le segment terminal du colon ? J'ai effectivement songé à ce mode de réparation, avant de m'adresser à cette méthode de restauration fortuite ; aucun d'eux n'était applicable.

En réunissant les deux lèvres de la gouttière colique, le calibre intestinal était par trop diminué. Quant à l'entérorraphie colo-colique ou iléo-colique, elle était impossible, car le segment inférieur sain n'était autre que le rectum et ce dernier, comme on sait, est extra-péritonéal.

La malade fut constipée pendant 8 jours. Le premier purgatif amena une débâcle anale abondante, avec léger écoulement vaginal. De nouveau la constipation fut imposée pendant 8 jours. La défécation se fait normalement dès le 15^e jour. La fistule vaginale ne s'est pas établie.

En janvier 1900, je reçois une lettre du Dr Roisin : « la ma-

lade va très bien, elle a engraisié de 5 kilogr., elle vaque mieux que jamais à ses occupations.

La malade a été revue en octobre ; la guérison s'est maintenue complète.

OBSERVATION XIII Pauchet (*inédite*).

Gros kyste ovarique droit, multiloculaire très adhérent. Ovariectomie et hystérectomie abdominale. Récidive 2 ans après.

F... R. 60 ans. Voit son abdomen grossir depuis trois ans, mais surtout depuis trois mois. Depuis cette époque d'ailleurs elle souffre et maigrit.

Au palper, on perçoit une masse fluctuante énorme, atteignant le creux épigastrique. Cette masse est peu mobile. On sent dans le bassin un col immobile entouré d'un gâteau fixe.

On fait le diagnostic de kyste adhérent de l'ovaire.

Laparotomie le 7 novembre 1898.

On ponctionne deux ou trois kystes à parois très friables qui se déchirent pendant les tentatives de décortication.

Au bout d'une demi-heure, on a ouvert 5 ou 6 loges, et une portion demi-solide et friable, reste dans le bassin. On cherche et trouve facilement l'utérus. On dégage la face antérieure de ce dernier, et le sectionnant au ras de l'isthme, on le fait basculer, ce qui donne sur le reste de la paroi kystique, un plan de clivage qu'on utilise avec succès.

J'assure l'hémostase à l'aide de quelques ligatures au catgut, et je tamponne à l'aide d'un Mickulicz.

Les diverses manœuvres auxquelles on eut recours pendant l'opération, les débris qui flottèrent dans la cavité pelvienne,

au contact des surfaces cruentées, firent craindre l'inoculation. La malade guérit en un mois sans éventration.

La guérison fut parfaite pendant deux ans : la malade retrouva l'activité et toutes les apparences de la santé la plus florissante.

Ce laps de temps écoulé, quelques douleurs reparurent, puis vint une phlébite des deux jambes qui guérit. Enfin, deux mois après, la malade commença à se plaindre de constipation. Le médecin constata alors une masse irrégulière qui occupait la partie postérieure du bassin et comprimait le rectum.

Un jour même, il y eut une véritable occlusion intestinale, pour laquelle on jugea une intervention nécessaire.

Mais le cours des matières se rétablit et la malade mourut de cachexie il y a quelques mois.

OBSERVATION XIV. De Roubaix (*résumée*).

Presse Médicale Belge, 1887, n° 17. p. 129.

Kyste ovarique multiloculaire droit. Ovarite suppurée gauche : adhérences intestinales, vésicales et utérines. Ovario-hystérectomie. Guérison.

Femme V..., âgée de 46 ans.

On constate une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'adulte, fluctuante en son centre et accolée à une tumeur plus petite à gauche. La tumeur est mobile et ne semble pas avoir contracté d'adhérences avec la paroi.

Le col, fixé derrière le pubis, est dirigé en avant et à gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur molle du volume d'une orange.

Envies fréquentes d'uriner. Défécation difficile. Menstruation normale jusqu'à six semaines avant l'opération.

Opération le 30 novembre 1886.

Laparotomie : on trouve une tumeur lisse, non adhérente aux parois.

Ponction : elle donne un liquide filant, couleur chocolat.

La tumeur fait corps avec la matrice et la vessie, adhère en arrière et sur les côtés au cœcum et à l'S iliaque. On se décide à enlever l'utérus.

La paroi postérieure de la vessie est libérée et on passe deux ligatures en caoutchouc sur la portion sus-cervicale de l'utérus.

Le kyste étant renversé du côté droit, on découvre du côté opposé un autre petit kyste. Pendant qu'on enlève ce dernier, il s'ouvre et laisse échapper du pus. Adhérences nombreuses.

Le kyste est ensuite renversé à gauche, on détache les adhérences, mais on est forcé d'en laisser une partie qui s'enfonce dans le cul-de-sac postérieur et dans l'excavation où elle adhère aux parois osseuses, ainsi qu'on a pu le constater après l'amputation de l'utérus.

Pédicule extra-péritonéal fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires bonnes.

Le 6 décembre. — Pansement. On ôte les fils superficiels.

Le 8. — Les derniers fils sont enlevés.

Le 13. — Douleur dans la fosse iliaque. Sueurs. Odeur de gangrène au niveau du pédicule.

Le 16. — Suppuration du pédicule qui n'est tarie que vers le 23 janvier, époque à laquelle la malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XV Quénu

Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour gros kyste de l'ovaire unilatéral avec pédicule friable et saignant.

Mme F..., âgée de 48 ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), le 8 janvier 1900 ; opérée le 16 janvier 1900, par M. Quénu.

Commémoratifs. — Deux grossesses normales ; mais les deux enfants sont morts, l'un à six semaines, l'autre à deux ans. Menstruation régulière, mais très abondante, avec caillots depuis quelques années. La tumeur a été reconnue de la malade depuis quelques mois seulement ; jamais elle n'a été douloureuse.

Examen à l'entrée. — Caractères classiques d'un kyste de l'ovaire, dont le volume dépasse l'ombilic de trois travers de doigt.

Opération le 16 janvier 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Adhérences épiploïques et pariétales. Le pédicule est friable, se déchire, laisse des surfaces saignantes ; aussi pour reconstituer un plancher péritonéal lisse, on est conduit à supprimer l'utérus.

Suites. — Guérison ; une seule fois la température a monté à 38°,2.

OBSERVATION XVI. Legueu (*inédite*).

Kystes bilatéraux des ovaires. Ovariectomie double et hystérectomie supra-vaginale.

La femme M..., âgée de 27 ans, souffre depuis dix-huit mois de douleurs abdominales, sourdes, continuelles, mais n'ayant jamais revêtu la forme de crises. Ces douleurs sont devenues plus accentuées depuis sept mois.

Elle a été réglée à dix-sept ans, n'a pas eu d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche.

Le toucher permet de constater la présence dans le cul-de-sac postérieur d'une grosse tumeur qui se continue dans l'abdomen et déborde la symphyse pubienne de 4 travers de doigt.

L'utérus est indépendant de la tumeur et en occupe la face antérieure.

Le palper abdominal combiné au toucher assigne les caractères suivants à la tumeur : elle est dure, régulière, tendue, rénitente et immobile.

On pense à un fibrome enclavé ou à un kyste parovarique.

Opération le 23 août 1900.

Laparotomie. — On arrive du côté gauche sur un kyste multiloculaire que son évolution abdominale permettait de sentir par la palpation. A droite, un second kyste de l'ovaire s'engageait dans le bassin sans y être enclavé; c'était celui que l'on sentait par le toucher dans le cul-de-sac postérieur.

La dissection du kyste gauche est rendue très laborieuse par ses adhérences multiples. En particulier, il adhère au gros intestin dans le méso duquel il est invaginé ; cette circonstance amène une déchirure partielle de l'S iliaque. En

outre, ces manœuvres s'accompagnent d'une hémorrhagie en nappe devant laquelle on prend le parti d'enlever l'utérus.

Hystérectomie supra-vaginale.

Après suture du péritoine, on assure le drainage abdominal à l'aide d'un tube et de mèches de gaze.

Suites normales.

Le drain et les mèches sont retirés le quatrième jour, et la malade parfaitement guérie sort de l'hôpital à la fin de septembre.

OBSERVATION XVII Pauchet (*inédite*).

Kyste ovarique droit. Adhérences multiples. Castration totale.
Guérison depuis 2 ans.

F..., 56 ans. Tumeur peu mobile atteignant l'ombilic et placée exactement sur la ligne médiane. Utérus assez volumineux et fortement poussé en avant.

Laparotomie le 29 mars 1898.

On trouve un kyste multiloculaire. Ponction d'une première poche, ce qui diminue de moitié le volume de la masse totale. L'incision est agrandie et on arrive à décoller peu à peu et à grand peine la totalité de la tumeur sans la rompre. Large surface cruentée dans le bassin. On sectionne l'utérus au niveau de son isthme et on le dépouille de son péritoine antérieur en le culbutant d'arrière en avant.

Le lambeau ainsi formé est ramené en arrière pour couvrir le mieux possible la séreuse érodée. On tamponne fortement le pelvis pendant cinq minutes et constatant que le suintement sanguin s'arrête, on referme l'abdomen sans drainer

Guérison normale en 20 jours, qui s'est maintenue complète.

OBSERVATION XVIII E. B. Cragin.

Papillome secondaire à un kyste intraligamentaire. (*Am. J. of. obst.*, 1892, p. 527).

La malade avait été opérée un an auparavant par le Dr Tuttle pour un kyste intraligamentaire du côté droit.

L'été dernier, elle revint avec dans le ventre une tumeur aussi grosse que la première, pâteuse et fluctuante, s'étendant au-dessus du niveau de l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une grosse masse très friable et saignant au moindre contact. La tumeur semblait reposer dans un lit de fausses membranes péritonéales et d'anses intestinales.

L'abdomen se remplit de sang pendant l'opération, et, comme il était impossible d'arrêter l'hémorrhagie par les moyens usuels, on fut obligé d'amputer l'utérus.

La malade guérit; elle a engraisé d'environ quarante livres, mais on constate du côté droit une masse qui est soit une récurrence du papillome, soit une masse d'intestins adhérents. Il serait intéressant de savoir quel a été le point de départ de cette tumeur papillaire. Était-ce un peu du liquide répandu pendant la première opération, ou une portion de la paroi du kyste laissée accidentellement à cette époque?

OBSERVATION XIX (Quénu)

Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour kyste de l'ovaire droit adhérent par toute sa base au bord droit de l'utérus, avec prolongement dans le ligament large.

Mme Vve G..., âgée de trente-sept ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 11 décembre 1899. Opération le 28 décembre 1899, par M. Quénu.

Commémoratifs. — Pas de grossesse, menstruation normale, sauf un retard lors de l'entrée à l'hôpital. La tumeur a été remarquée pour la première fois par la malade il y a dix mois.

Examen à l'entrée. — Kyste avec tous les caractères classiques, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, ascension de l'utérus, col élevé ; mais en outre la tumeur juxta-utérine fait saillie dans le cul-de-sac droit sous forme d'une tumeur sphérique, bien arrondie, et persistante. Pas de troubles fonctionnels ni généraux.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 28 décembre 1899. — *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Le kyste vidé, on reconnaît qu'il est sessile et qu'il adhère par toute sa base au bord de l'utérus, poussant un prolongement dans le ligament large sur une grande étendue. Pour éviter un pédicule d'une extrême largeur, on supprime l'utérus : le plancher pelvien, grâce aux lambeaux péritonéaux pré et rétro-utérins taillés à l'avance, est parfaitement reconstitué sans aucune dénudation ni pédicule faisant saillie dans le cœlome.

Suites. — Guérison complète. La température la plus élevée monte pendant deux jours à 37°8.

OBSERVATION XX (Quénu)

Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour gros kyste de l'ovaire unilatéral avec pédicule friable et adhérences étendues.

Mme T. F..., âgée de vingt-six ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 9 janvier 1900. Opérée le 8 janvier 1900, par M. Quénu.

Commémoratifs. — Menstruation d'abord irrégulière, puis régulière. Le ventre a commencé à grossir il y a deux ans, et depuis lors la malade ressent un point douloureux dans le flanc droit.

Examen à l'entrée. — Kyste avec tous les caractères classiques, dépassant un peu le niveau de l'ombilic. Utérus immobilisé ; culs-de-sac occupés par des masses dures, principalement à droite, et paraissant en relation avec le kyste.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 18 janvier 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Large pédicule très court, ne dédoublant pas le ligament large, mais appliqué contre lui de sorte que, le kyste enlevé, persistait une large surface de dénudation. En présence de ces complications du côté du pédicule, on termine séance tenante par une suppression de l'utérus et de l'autre ovaire, qui est d'ailleurs altéré ; d'où résulte la possibilité d'obtenir une réfection idéale du plancher pelvien.

Suites. — Guérison parfaite ; une seule fois 37°,8.

OBSERVATION XXI Pauchet (*inédite*)

Kystes des deux ovaires. Ablation des deux kystes et de l'utérus par la voie abdominale. Guérison depuis près de trois ans.

Mme Ch., 55 ans. Pas d'antécédents particuliers. Deux grossesses ; n'est plus réglée depuis 5 ans.

Depuis 3 ans, la malade a eu deux poussées douloureuses dans le ventre. Depuis trois mois le ventre grossit : constipation opiniâtre, sensation de pesanteur dans le bassin ; perte de l'appétit et du sommeil. Au point de vue général, on note un peu d'amaigrissement et un peu d'œdème malléolaire. A l'examen direct, le palper révèle une masse irrégulière, bosselée et fluctuante, n'atteignant pas l'ombilic. Le bassin est occupé par une masse volumineuse paraissant en rapport direct avec celle qu'on sent par le palper abdominal. On porte le diagnostic de kyste multiloculaire avec adhérences des parties solides contenues dans le bassin.

Laparotomie 22 décembre 1897. Il existe trois kystes multiloculaires. Pas de gâteau solide. Le kyste du côté droit occupe la cavité abdominale et l'autre la cavité pelvienne.

Les adhérences sont assez facilement décollées. Comme le pédicule du côté gauche est très large, on enlève l'utérus avec la masse annexielle en sectionnant ce dernier au niveau de l'isthme. L'hémostase est assurée par quelques points au catgut. L'abdomen est refermé sans drainage.

Les suites post-opératoires sont normales. La malade quitte la maison de santé le 20^e jour.

Trois mois après l'opération, la malade se plaignant encore de pesanteur pelvienne, le médecin constate un empâtement très net autour du col utérin et pense à une inoculation épithéliale du bassin. Cet empâtement s'est résorbé spontanément. Aujourd'hui, 3 ans après l'opération, la malade est en excellent état.

OBSERVATION XXII Berlin (de Nice).

Congrès de Chirurgie 8 avril 1893.

Epithélioma colloïde de l'ovaire gauche ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie abdominale (p. 823-827).

Mme G. âgée de 23 ans, s'est aperçue que son ventre grossit depuis quatre mois. Il a atteint le volume d'une grossesse à terme.

On ne perçoit pas de mouvements fœtaux. Suintement sanguin ininterrompu.

Amaigrissement, perte de l'appétit et des forces.

L'utérus est mobile, distinct de la tumeur.

On porte le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

Opération le 18 mars 1893.

Laparotomie.

On se trouve en présence d'une tumeur énorme non adhérente qu'on réduit par le morcellement intra abdominal. Fortes adhérences du côté droit de l'utérus ; la trompe est étalée à la surface de la tumeur.

Tentatives infructueuses de pédiculisation ; la tumeur est inclusé dans le ligament large et a des connexions intimes avec l'utérus et le cul-de-sac vaginal. On se décide pour l'hystérectomie supra-vaginale.

A gauche, les annexes sont transposées, d'avant en arrière ; en réalité la tumeur était primitivement gauche et avait fait subir à l'utérus en se développant une évolution de 180°.

L'utérus est sectionné en bloc au-dessus d'une ligature élastique.

Résection d'une partie du grand épiploon.

Traitement extra-péritonéal du pédicule.

L'opération a duré deux heures. Les suites sont simples ; la malade se lève au bout de quarante jours.

OBSERVATION XXIII Quénu (*Inédite*)

Volumineux kystes bilatéraux des ovaires. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

La femme F., cuisinière, âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Cochin le 2 octobre.

Elle a été réglée à 14 ans et demi : les règles ont toujours été régulières. Un accouchement normal. Pas de fausse couche. Ménopause à 44 ans sans incident.

La malade présente un emboupoint considérable, elle pèse 91 kilos. En raison de cette corpulence, l'époque à laquelle remonte le début de l'affection est difficile à préciser. La malade portait une ceinture hypogastrique depuis 4 ans, et déjà elle éprouvait du côté du ventre une pesanteur avec sensation de prolapsus fort incommode.

Depuis six mois, elle éprouvait une grande gêne à se baisser et supportait difficilement le corset. L'abdomen commence à augmenter de volume insensiblement et sans douleur. Il y

a deux mois les selles sont devenues laborieuses sans qu'il y eût de constipation. L'appétit a un peu diminué dans ces dernières semaines, mais jusqu'à son entrée à l'hôpital elle a continué d'exercer sa profession.

Pas de gêne de la respiration ni d'œdème des membres inférieurs.

Examen. — Le ventre est énorme, proéminent, l'ombilic est déplissé et étalé.

La peau est sillonnée de veines et de varicosités. Vergetures datant de la grossesse.

A la palpation, ventre très tendu, mais dépressible.

Matité sur toute l'étendue de l'abdomen, aussi bien sur les flancs que dans la région médiane. Pas modifiée par les déplacements imprimés à la malade. Une chiquenaude d'un côté de l'abdomen, donne la sensation de flot à la main appliquée de l'autre côté. Cette sensation n'est pas perçue dans l'hypochondre et le flanc droit : à ce niveau le doigt éprouve une résistance à la percussion. Le foie a complètement quitté la cage thoracique.

A l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, sonorité gastrique.

Dans les flancs, sonorité du colon ascendant et descendant.

Palpation. — On perçoit une tumeur à convexité supérieure, de forme sphérique. Au niveau de l'ombilic, le tour de taille atteint 129 cm. et au point le plus saillant 136 cm.

L'examen du ventre n'est pas douloureux.

Toucher. — On sent à travers la paroi vaginale une surface lisse, courbe, dépressible en forme de dôme, occupant le fond du vagin.

L'orifice du col est situé en avant et à droite et regarde en arrière.

Le corps de l'utérus est inaccessible.

Opération le 8 octobre 1900.

Adhérences entre le kyste et le péritoine pariétal.

Ponction du kyste situé en avant et qui se trouve être le plus gros. Décortication et ablation. Ce kyste fait partie des annexes droites ; l'utérus a fait un quart de tour sur son axe longitudinal, de sorte que sa corne droite est portée en avant et la gauche en arrière.

Dans le ligament large du côté gauche, on trouve des kystes multiples ; le tout est enlevé avec les annexes.

L'utérus est enlevé par l'amputation supra-vaginale.

On résecte le péritoine en excès et on ferme le plancher pelvien par une suture en cordon de bourse rétrécissant le péritoine.

Suture de la paroi.

Suites. — Le 8 au soir, un litre de sérum. T. 38°2.

Le 9 au soir. T. 38°2. P. 100. 1 l. 20 d'urine.

Le 10. — 1 l. 500 d'urine.

Le 11. — 1 l. 500 d'urine. Pouls et température normaux.

Le 19. — Ablation des fils.

La malade revue dans les derniers jours d'octobre n'éprouve plus aucun malaise et mange avec appétit.

CHAPITRE IV

Technique

La technique générale des hystérectomies abdominales totale ou supra-vaginale ainsi que le parallèle entre ces deux variétés d'intervention ont été discutés tout récemment au Congrès de Chirurgie de 1899. Un rapport de Ricard formule les règles de l'hystérectomie avec hémostase préventive et met en balance les avantages et les inconvénients de la subtotale. Quénu à ce même Congrès et Terrier dans un article paru dans la *Revue de Chirurgie* la même année (1), donnent la technique de ce dernier procédé. Nous ne nous attarderons pas à l'examen de ces questions pour lesquelles on pourra se reporter aux sources que nous venons de signaler. Notre seul but, dans ce chapitre, est de montrer quelle pourra être la conduite du chirurgien au cours de son intervention, et d'essayer d'assigner aux différents groupes de faits les procédés qui leur conviennent le mieux.

Lorsqu'on pratique l'hystérectomie pour compléter une ovariectomie, on peut avoir pris ce parti à différentes périodes de l'intervention. Quel que soit le moment où le complément opératoire a été résolu, on peut envisager

1. Terrier. *Revue de Chirurgie*, 1899.

deux séries bien distinctes de faits, suivant lesquels la technique devra subir des modifications.

A. — On se résout à enlever l'utérus pendant les manœuvres de décortication du kyste ou de la tumeur solide ou bien après l'ablation des annexes.

B. — On décide d'enlever cet organe à la simple inspection des lésions.

A. — 1° L'hystérectomie est résolue pendant les tentatives de libération de la tumeur ovarienne.

Les adhérences serrées que l'on peut rencontrer au cours de la dissection et qui fixent la tumeur aux organes voisins ou aux parois pelviennes, le volume même de la tumeur et son enclavement dans le petit bassin, la constatation d'une lésion annexielle ou utérine concomitante sont autant de conditions assez disparates qui entraînent des procédés dissemblables. La technique ne peut pas être une : tantôt le chirurgien enlèvera d'abord l'utérus pour se créer une voie d'accès sur le néoplasme, comme dans les cas de Delagénère et de Pauchet, tantôt il enlèvera d'emblée et en un seul temps la masse utéro-annexielle, tantôt enfin l'hystérectomie constituera le dernier temps de son intervention. On conçoit que la conduite de l'opérateur ne peut s'inspirer que des avantages ou des inconvénients propres à chaque cas particulier et qu'on ne peut ériger en règle une méthode quelconque.

2° L'hystérectomie est décidée après l'ablation, bilatérale ou non, des annexes malades.

Dans ce cas, la question est simplifiée de beaucoup. L'on est arrivé plus ou moins facilement à isoler le kyste ou la tumeur des organes voisins et à les libérer de leurs

attaches avec l'utérus. L'étage supérieur des ligaments larges est libre, l'accès est facile de toutes parts sur la matrice qui se trouve dégagée complètement et le volume en général normal de l'utérus rend l'hystérectomie facile. Le chirurgien n'a donc que l'embarras du choix. Suivant qu'il se croira en droit, après avoir restauré le plancher pelvien, de refermer l'abdomen sans drainage, ou suivant que, concevant des craintes sur la possibilité d'une réaction péritonéale, il croira utile d'assurer un drainage vaginal, il aura recours à l'hystérectomie totale ou à la subtotale.

On pourra, d'après nos observations, se rendre compte que dans ces conditions la subtotala a été le plus souvent employée, toujours avec succès.

Nous devons toutefois signaler ce fait, que si l'on a poussé très près du col de l'utérus la section des ligaments larges, la rétraction qui entraîne latéralement les pédicules, peut rendre assez pénible la libération du col dans l'hystérectomie totale. Le chirurgien peut être forcé dans ces cas de recourir à l'hémisection médiane.

B. — L'opérateur peut décider l'hystérectomie après l'ouverture de la paroi et à la simple inspection des lésions. Nous avons rapporté quelques cas où la propagation du néoplasme ovarien à l'utérus, était tellement évidente que ce parti fut pris immédiatement (obs. I, IV, V, VI). Dans les observations IV et V notamment, l'utérus étant complètement enchâssé dans la tumeur, son ablation était le corollaire forcé de l'ovariectomie et il fallait l'enlever dans le même temps.

Y a-t-il avantage dans de telles conditions, à être

décidé à faire le sacrifice de l'utérus avant de commencer l'opération ? Oui, à n'en pas douter. Il est évident que l'on gagnera du temps à enlever en masse le bloc utéro-annexiel sans s'attarder à en séparer les diverses parties.

Dans le cas le plus fréquent, les lésions annexielles étant bilatérales, il est un côté beaucoup moins altéré que l'autre et l'on trouve à droite, par exemple, un gros kyste multiloculaire, et à gauche quelques petits kystes ou des lésions d'annexite ancienne. Le côté gauche est par rapport à l'autre relativement sain, et si nous employons plus loin le mot sain pour simplifier le texte, nous prions le lecteur de ne pas le prendre au sens absolu, et de ne pas perdre de vue qu'il s'agit toujours d'affections bilatérales.

Quel est alors le procédé de choix ?

Le procédé par bascule latérale de Kelly s'applique à merveille à cette catégorie de faits. L'engagement est facile du côté sain, et permet le plus souvent si les lésions sont peu étendues de regagner promptement le bord de l'utérus et d'éviter ainsi la blessure de l'uretère.

L'utérus ainsi dégagé d'un côté est facilement mobilisé et désenclavé si le cas se présente. De plus, lorsque l'on a taillé les lambeaux péritonéaux et libéré le col, on trouve en abordant le côté malade, un plan de clivage qui permet une dissection plus facile et une sécurité plus grande au point de vue de la blessure possible de l'uretère et des hémorrhagies.

Les rapports étant fréquemment modifiés par le développement de la tumeur ovarienne, pour assurer l'hémostasie, il est utile de pouvoir lier les vaisseaux au fur et à

mesure qu'ils se présentent, et pour éviter l'uretère, de se rendre compte *de visu* de sa situation.

Ce procédé, lorsqu'il est appliqué aux affections utérines, par exemple à un utérus fibromateux, présente par suite de l'ouverture du cul-de-sac postérieur des difficultés qui n'existent plus ici. En effet, dans la grande majorité des cas, l'hystérectomie subtotale sera préférée à l'hystérectomie totale. De plus, dans l'hypothèse où un drainage serait nécessaire, l'ouverture du vagin n'est pas un but à atteindre sur le champ.

Il n'en est pas toujours ainsi, et parfois, la bilatéralité des lésions est si complète que l'on n'aurait aucun avantage à adopter pour commencer l'opération un côté plutôt que l'autre. Force sera au chirurgien de chercher, parfois au prix d'efforts laborieux et après s'être débarrassé des adhérences intestinales le cas échéant, quelle partie de la masse utéro-annexielle permet l'abord le plus commode sur l'utérus. L'opération peut être tout-à-fait atypique. Une ressource utile en pareil cas est l'hystérectomie préliminaire par laquelle on ouvrira une brèche médiane à la façon de Delagènière. A la faveur de cette brèche, on pourra du moins poursuivre à droite et à gauche la dissection des deux masses latérales. Le col constitue le point de repère essentiel de ce procédé mais il n'est pas toujours d'un accès facile : pour le trouver, l'hémisection médiane sera parfois d'un grand secours.

Quoi qu'il en soit, résumons les points les plus saillants de cette méthode dont on trouvera l'exposé complet dans les « Comptes-rendus de la Société de Chirurgie » de 1897

Reconnaissance du col : incision pré et rétro-utérine

avec dissection de deux lambeaux péritonéaux. Ouverture du cul-de-sac postérieur et pince posée comme repère sur le vagin ; libération de l'utérus et hémostase.

Enucléation de la tumeur avec le doigt. Ligature des utérines de chaque côté avec fil de soie passé dans les parois vaginales, catgut sur les artérioles.

Adossement des deux lambeaux péritonéaux et drainage dans le Douglas.

Rappelons pour terminer qu'il est des cas où cette ressource même peut faire défaut, la méthode préliminaire étant inapplicable. Dans le cas qui fait l'objet de l'observation IV, la masse présentait une telle cohésion dans toutes ses parties que l'on fut obligé de sculpter dans la tumeur pour évider ainsi peu à peu le bassin : l'ablation de l'utérus ne constitua pas à proprement parler un temps distinct.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie abdominale totale complétant l'ablation d'une tumeur ou d'un kyste de l'ovaire est légitime à l'époque actuelle. Elle n'augmente nullement la gravité opératoire : les statistiques de ces dernières années, d'accord avec les cas que nous avons étudiés, établissent que les insuccès opératoires ne peuvent être imputables à l'hystérectomie elle-même.

L'extirpation de l'utérus faite avec celle des annexes ne saurait avoir d'influence fâcheuse sur la santé ultérieure des opérées.

II. — Toutefois, il existe des contre-indications formelles à l'ablation de l'utérus.

α. — Lorsque, chez une femme jeune, l'affection ovarienne est unilatérale et l'utérus sain, celui-ci devra être conservé en même temps que l'autre ovaire. Une grossesse ultérieure est en effet possible lorsque la femme n'a pas dépassé l'âge de la ménopause.

β. — Lorsque l'affection ovarienne est bilatérale, mais qu'un procédé plus simple permet d'y remédier tout en évitant les complications immédiates et éloignées, l'hystérectomie est encore contre-indiquée.

Si la confection des pédicules est facile, si même avec

des pédicules larges, on peut réaliser une bonne pédiculisation par l'entouissement du pédicule ou la suture séro-séreuse, l'extirpation de l'utérus serait une mutilation superflue.

III. — Réserve faite de ces cas, la castration abdominale totale est indiquée :

1° Lorsque les annexes du côté opposé sont comprises dans un processus inflammatoire qui commande l'ovariectomie bilatérale.

2° Que l'affection ovarienne soit unilatérale ou bilatérale, si l'utérus est le siège d'un processus néoplasique dépendant de l'affection ovarienne (propagation d'un kyste végétant, d'un sarcome ou d'un cancer), ou s'il est malade pour son propre compte (épithélioma utérin, fibrome utérin, métrite chronique).

3° En cas d'affection bilatérale, si son extirpation associée à celle des annexes offre une technique plus facile et plus sûre que l'ablation des seules annexes. Les adhérences serrées de la tumeur, les difficultés de l'hémostase ou de la pédiculisation tenant soit à la largeur du pédicule, soit à sa friabilité ou à son évolution dans le ligament large sont les principales conditions de cette indication.

IV. — Sauf discussion, elle est avantageuse et sera pratiquée dans certains cas où l'on désire obtenir une restauration plastique complète du plancher pévien et où l'on veut assurer un drainage vaginal satisfaisant.

V. — Lorsque l'hystérectomie est décidée, la variété

des cas entraîne des procédés divers ; si la lésion ovarienne est unilatérale, le procédé de choix est le procédé par bascule latérale ; si elle est bilatérale, on adoptera la méthode la plus commode pour aborder l'utérus. Dans certains cas, l'hystérectomie préliminaire, comme l'a faite Delagènière, facilitera l'ablation de la tumeur ovarienne ; on pourra être forcé de pratiquer l'extirpation en masse.

Toutes les fois que l'on ne jugera pas indispensable de pratiquer l'hystérectomie totale, la subtotala dont la technique est plus simple et la gravité moindre sera de mise.

D'une façon générale, il ne saurait être question d'une technique univoque, et l'opérateur devra s'inspirer des considérations propres à chaque cas particulier.

Vu : le Président de thèse,

BERGER

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

